

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 171

Travail de la Clinique Ophtalmologique du Professeur BONNET

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
ROSACÉE DE L'ŒIL**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René BROUTIN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 31 Janvier 1913, à DOUAI (Nord)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA ROSACÉE DE L'ŒIL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 171

Travail de la Clinique Ophtalmologique du Professeur BONNET

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
ROSACÉE DE L'ŒIL**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René BROUTIN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 31 Janvier 1913, à DOUAI (Nord)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	MM. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET CLUZEL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. FROMENT
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	PATEL.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique		LEPINE (J.)
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUANT.
Clinique urologique		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose ..		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		FAVERNIER
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARIET
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPAUVIER	CREYSSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BONNET, *président* : GATÉ, *assesseur* ;
DE ROUGEMONT et BERTRAND.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

*Qu'ils trouvent ici un faible
témoignage de ma profonde affec-
tion et de ma reconnaissance.*

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BONNET
Professeur de Clinique Ophtalmologique

*Il a bien voulu nous confier le
sujet de cette thèse ; il nous fait
aujourd'hui l'honneur d'en accep-
ter la présidence : qu'il daigne
trouver ici l'expression de notre
respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATE

Il a su très vivement nous intéresser par le charme de son enseignement ; qu'il veuille bien être assuré de toute notre reconnaissance.

A NOS JUGES

Hommage respectueux.

A NOS MAITRES

A NOS CHEFS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA ROSACÉE DE L'ŒIL

INTRODUCTION

L'affection que nous nous proposons d'étudier dans ce travail, semble connue depuis peu de temps seulement.

Ce n'est, en effet, qu'en 1922, que la publication de Triebenstein a véritablement bien défini la rosacée de l'œil. Avant cette date, on avait signalé, de-ci, de-là des troubles oculaires au cours de la rosacée du visage, mais le tableau clinique en était très mal individualisé.

En 1913, Baillart et Blutel écrivaient : « Combien de fois dans les consultations publiques, se contente-t-on du diagnostic de kératite aussi simple à faire qu'insuffisant. On pense à une conjonctivite banale qui a disparu ou à des lésions nasales que l'on ne vérifie pas ou même on ne pense à rien du tout, et on enregistre avec satisfaction ce diagnostic de kératite qui n'est que le voile de l'ignorance ».

A l'heure actuelle, il semble que l'on puisse diagnostiquer avec suffisamment de précision la rosacée de l'œil et instituer de ce fait un traitement approprié.

Très souvent, en effet, on a pu hésiter sur le choix

d'une conduite thérapeutique, parce qu'on ignorait la cause de la lésion envisagée. C'est ainsi que Monjukow rapporte le cas d'une jeune fille de 21 ans, soignée sans résultat, pendant quatre ans, pour une kérato-conjonctivite phlycténulaire, alors que la rosacée était la véritable cause de cette kératite et qu'un traitement par la pommade à l'ichtyo-zinc la fit régresser en peu de temps. Clark, d'un autre côté, signale une observation de conjonctivite muco-purulente rebelle à toute thérapeutique, pendant plusieurs mois, et qui se trouva améliorée très rapidement dès que l'on eut pratiqué l'ablation du rhinophyma dont le malade était porteur.

Outre cet intérêt, purement thérapeutique, il en est un autre non moins négligeable, c'est celui de l'avenir des malades.

En effet, c'est peut-être se montrer trop optimiste que de considérer la rosacée du visage comme une affection bénigne. Certes, tous les malades atteints de rosacée, ne sont pas systématiquement touchés par les troubles oculaires, mais il ne faut pas non plus envisager cette affection comme une lésion banale ne dépassant pas l'importance des défauts esthétiques. Il importe de savoir que c'est une maladie susceptible d'atteindre la cornée transparente et, ainsi, d'altérer profondément la vision. Si les complications oculaires sont reconnues dès le début, lors du stade de conjonctivite, si leur évolution est surveillée, le pronostic est excellent. Mais, si du fait que les lésions conjonctivales se manifestent le plus souvent sans symptômes subjectifs bruyants, on néglige de con-

sulter le spécialiste, et le pronostic s'assombrit alors considérablement. Après deux ou trois atteintes, la cornée peut être criblée de petits leucomes, qui rendent les malades à peu près aveugles.

Nous voyons donc l'intérêt qu'il y a de connaître la rosacée de l'œil, complication fréquente de la rosacée du visage, et l'utilité de relations suivies entre le dermatologiste et l'ophtalmologiste, afin de surveiller systématiquement les formes possibles de début.

Pendant plusieurs années, le Professeur Bonnet s'est demandé s'il n'y avait pas quelque exagération dans la part faite par l'école de Rostock, à la rosacée, dans l'étiologie de certaines manifestations cornéennes et conjonctivales. Cependant, l'observation, en 1935, de graves manifestations cornéennes et iriennes, chez une malade atteinte d'acné rosacée, l'a amené à modifier son opinion à ce sujet.

Désireux de se faire une opinion personnelle sur les manifestations oculaires de la rosacée, le Professeur Bonnet, nous a prié, l'an dernier, de recueillir à la clinique dermatologique du Professeur Favre, et dans le service du Docteur Gaté, les cas avérés d'acné rosacée et d'en provoquer l'examen ophtalmologique systématique. Par ailleurs, un certain nombre de cas, observés à la clinique ophtalmologique, à l'occasion de manifestations oculaires, ont été soumis au contrôle du Professeur Favre et du Docteur Gaté, pour le diagnostic de la rosacée.

Tous nos malades que nous avons pu réunir, au nombre de 24, ont donc été soumis à un examen mé-

thodique exécuté par le Professeur Bonnet lui-même et iconographiés.

Notre travail est le résultat de la confrontation de cas examinés méthodiquement, sans idée préconçue, avec les notions établies par l'école de Rostock. C'est là notre contribution personnelle à cette question de la rosacée de l'œil, dont les manifestations sont souvent confondues avec celles conjonctivales ou cornéennes d'origine nasale ou pharyngée.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

ETIOLOGIE

LA ROSACEE EN DERMATOLOGIE

HISTORIQUE

C'est Von Arlt qui, le premier, en 1864, signala dans une communication faite au Congrès d'Heidelberg, la possibilité de troubles oculaires associés à la rosacée du visage ; il décrit ainsi « de petits ulcères superficiels, lents à se cicatriser, et laissant après eux un leucome persistant ».

Haab, en 1899, signala également ces modifications possibles, dans « l'Atlas des affections externes de l'œil », mais ses communications restèrent à peu près inconnues. En 1903, Capauner rapporta, à son tour, cinq observations de rosacée oculaire « difficile à guérir », et en 1905, Kuntz signalait deux autres cas, tandis que Fuchs décrivait « l'acné rosacée de la conjonctivite, qui débute par l'apparition d'une petite nodosité du limbe, accompagnée de phénomènes inflammatoires », sans toutefois faire mention de la possibilité de lésions cornéennes.

Shirmer, en 1906, rapporte trois cas de kératite rosacée, qu'il décrit comme une kératite superficielle sous-épithéliale à rechutes fréquentes, analogue à la kératite scrofuleuse, mais ne se présentant qu'entre 40 et 50 ans. La même année, Blanke publie sept cas de lésions cornéennes récidivantes chez des malades atteints d'acné rosacée typique et Stephenson souligne

la coïncidence de cette même affection dermatologique avec « des nodules phlycténulaires sur le limbe ».

L'année suivante, en 1907, Goldsmith signale une kératite parenchymateuse chez un acnéique, et Cruise décrit « des nodules sub-épithéliaux avec trouble diffus des couches superficielles de la cornée ».

Ainsi, pendant plus de quarante années, de nombreux auteurs ont pu observer des troubles oculaires coïncidant avec la rosacée de la face, mais aucun d'eux n'a pu donner à cette manifestation une individualité clinique.

Il faut atteindre l'année 1910, pour trouver le travail d'Erdmann, de l'Ecole de Rostock, lequel a le mérite de donner une étude approfondie de la question. Ses observations étagées sur cinq ans, se rapportent à 21 cas d'affections cornéennes, pour lesquelles l'auteur admet qu'elles sont indubitablement l'équivalent des éruptions acnéiques de la peau.

Hilbert, en 1911, fait paraître dans la « Munchener Med. Wochenschrift » un travail au sujet des manifestations oculaires de l'acné rosacée, dans lequel, il fait remarquer que le traitement de la rosacée cutanée améliore la rosacée de l'œil. En 1912, Elschnig, de Prague, publie un cas de kératite rosacée bilatérale et Darier, pour la première fois en France, consacre un article à la rosacée de la cornée dans la « Clinique ophtalmologique ».

Baillart et Blutel présentent, l'année suivante, une courte étude de la question, dans laquelle ils soulignent le polymorphisme des lésions cornéennes,

identiques en cela aux lésions acnéiques de la peau, ainsi que le parallélisme de l'évolution de chacune de ces affections.

De son côté, Lindner, de Rostock, émet l'hypothèse que peut-être l'ulcus rodens de la cornée, n'est qu'une forme très évoluée de la kératite rosacée. Arps, de Kiel, rapporte en 1914, neuf cas de rosacée oculaire.

Mais l'Ecole de Rostock, avec Peters et ses élèves Tillmann et Triebenstein, continue à la suite d'Erdmann l'étude des manifestations oculaires de la rosacée, et en 1922, Otto Triebenstein publie, en qualité de Médecin Chef de la clinique de Rostock, 274 cas de rosacée de l'œil, observés dans son service, entre les années 1910 et 1920. L'auteur souligne la fréquence de cette affection, qui atteindrait 35 % de ses malades. C'est à lui que l'on doit l'étude la plus poussée à ce sujet. Triebenstein a, en effet, étudié successivement les manifestations de l'extension de la rosacée du visage aux divers plans du segment antérieur de l'œil. C'est ainsi qu'il a décrit la blépharite, la conjonctivite et que, pour la première fois, il a distingué trois formes cliniques de la kératite rosacée. C'est à lui également que nous devons l'emploi de la pommade à l'ichtyo-zinc pour le traitement de la rosacée de l'œil.

La connaissance clinique de cette affection s'est encore enrichie, par la suite, avec les études de Monjukow, en 1922 ; Kissemeyer, en 1924, et la même année, la thèse de Jaesche, de Rostock qui, de 1921 à 1923, a pu observer 192 malades.

Tous les travaux et toutes les publications, faites jusqu'à cette date, n'intéressent que la rosacée de la

conjonctive, de la cornée, voire même de l'épislère et des paupières, mais nulle part, il n'est question de l'atteinte de l'iris. C'est à Olah, que nous devons la première observation, en 1932. A sa suite, Soens publia quatre autres cas, dont la description clinique est sensiblement identique à celle fournie par Olah.

Ainsi, les manifestations oculaires de la rosacée, signalées pour la première fois en 1864, n'ont été mises au point qu'en 1910, par le travail d'Erdmann, et définitivement consacrées cliniquement par Triebenstein, en 1922.

ETIOLOGIE

La rosacée de l'œil se manifeste exclusivement chez des sujets atteints précédemment de rosacée du visage, et bien qu'il n'y ait pas de doute entre l'identité des lésions cutanées et des lésions oculaires, la fréquence de ces dernières ne dépend nullement de la sévérité de l'affection dermatologique.

La rosacée du visage est commune aux deux sexes. Chez la femme, la forme acnéique est la plus fréquente, tandis que l'homme est plus particulièrement disposé à la forme hypertrophique. En ce qui concerne la rosacée de l'œil, il est à noter que c'est surtout chez la femme que nous la rencontrons.

Ainsi, parmi les 33 malades de Darier, il y a 27 femmes et 6 hommes ; sur les 274 cas de Triebenstein, 173 femmes et 101 hommes, et sur les 192 de Jaesche, on compte 121 femmes et 71 hommes. Doggart a vu 78 malades, parmi lesquels 65 femmes et 13 hommes.

Pour ce qui est de nos observations, les formes les plus typiques et les plus sévères que nous avons rencontrées affectaient en majeure partie des femmes.

L'âge oscille entre 20 et 64 ans, mais avec une forte majorité entre 30 et 50 ans, environ 60 % des malades de Jaesche et de Triebenstein. Quant à nos malades, ils oscillent autour de 50 ans.

Il est, malgré cela, très possible de rencontrer la rosacée de l'œil chez de jeunes sujets. C'est ainsi que Jaesche signale 6 cas entre 0 et 10 ans et 31 cas entre 10 et 20 ans. Dans les statistiques de Triebstein, il y a 29,5 % de malades au-dessous de 30 ans. C'est là un fait important, qui serait à contrôler. Effectivement, à cet âge, le diagnostic est délicat, la confusion étant facile à faire avec la kérato-conjonctivite-phlycténulaire. De plus, une des bases les plus sûres du diagnostic différentiel, étant la présence sur le visage de rosacée, il faudrait pouvoir affirmer la coexistence de cette affection, ce qui n'est guère possible, puisqu'elle ne touche généralement pas les sujets jeunes. Toutefois, on peut admettre que l'on a affaire à de l'acné juvénile rebelle avec papules et cicatrices nombreuses et peut-être déjà, un érythème de la face évoluant vers la véritable rosacée. De plus, le fait que la forme ulcéreuse des kératites progressives de la rosacée ressemble beaucoup aux vrais ulcères rongeurs, a poussé Triebstein à invoquer la possibilité d'une étiologie acnéique, dans beaucoup de cas où cette lésion se manifeste chez les individus jeunes.

La rosacée du visage s'installe presque toujours sur un terrain prédisposé. Il s'agit de sujets dont la peau présente un degré plus ou moins marqué de séborrhée grasse, ou bien cet état dystrophique, décrit par Darier, sous le nom de « kénose », caractérisé cliniquement par une coloration jaune sale, bistrée ou grisâtre, par une accentuation des pores pilo-sébacés et par un léger épaissement des téguments.

Voyons maintenant quelles sont les causes internes qui en régissent généralement l'apparition.

Au premier plan, il sied de placer les viciations endocriniennes se traduisant par des troubles thyroïdiens. Très souvent, chez ces malades, on trouve également des troubles digestifs dus à la tachyphagie, à des dyspepsies de tous ordres, relevant en particulier d'une insuffisance chlorhydrique stomacale ou d'une stase intestinale avec constipation chronique. Ryle et Barber, en Angleterre, ont montré que le taux moyen d'acide chlorhydrique gastrique, sécrété par les sujets atteints de rosacée, est au-dessous de la normale. Brown confirma cette opinion en comparant l'acidité gastrique de 50 individus atteints de rosacée avec celle de 50 autres malades porteurs de dermatoses diverses. Plus tard, Sequeira, Grintschar et Eastwood publièrent des observations concluant dans le même sens. Toutes ces causes endogènes seraient à la base d'une parésie artérielle et d'un ralentissement de la circulation veineuse de retour.

Parmi les causes d'origine externe, on trouve toutes celles capables de provoquer l'excitation de la peau de la face : le froid, la chaleur, le soleil, le vent, le séjour dans les poussières et peut-être même, une négligence dans les soins de toilette. Le recrutement des malades, qui se fait surtout parmi les professionnels de métiers exposés à ces divers agents atmosphériques, témoigne bien de l'influence de ces facteurs. Toutes ces causes s'interprètent comme ayant pour effet un artério-spasme ou une dilatation veineuse.

Enfin, en dernier lieu, il est des causes mécaniques.

qui jouent également leur rôle dans la pathogénie de la rosacée. Ce sont toutes celles qui favorisent la stase veineuse au niveau de la face, telles les lésions cardiaques mal compensées, les lésions pulmonaires chroniques à retentissement sur le cœur droit, les altérations chroniques des sinus et des fosses nasales.

Voici donc énumérées les principales causes qu'il faut rechercher et qu'on arrive, d'ailleurs facilement, à mettre en évidence chez un sujet atteint de rosacée ; mais, puisque la rosacée cutanée n'entraîne pas obligatoirement la rosacée de l'œil, essayons maintenant de trouver quel facteur supplémentaire peut amener une complication du côté oculaire.

L'explication la plus simple et la plus logique est celle qui consiste à croire que l'extension de la peau à l'œil se fait par simple propagation. C'est là l'opinion de Lowenstein, mais elle ne suffit pas à faire comprendre pourquoi dans de nombreux cas, il y a rosacée oculaire, sans que jamais on n'ait pu relever la plus petite affection palpébrale, la paupière étant cependant le lieu de transition naturel et inévitable entre la peau du visage et l'œil. Lowenstein n'a pu mettre en évidence des microbes dans la cornée excisée de patients atteints de kératite rosacée, mais il a réussi quatre fois sur sept à inoculer des cornées de lapins avec de tels fragments.

Bergh admet que la lésion oculaire est secondaire à une lésion nasale. Verhoeff, de son côté, considère la kératite rosacée comme une forme de kératite névropathique due à une lésion primitive du ganglion de Gasser ; s'appuyant sur la même théorie, il

explique les localisations de la rosacée de la face, comme relevant du territoire innervé par le trijumeau. Cette explication est à rejeter, car il n'y a aucune analogie, tout au moins cliniquement, entre la kératite rosacée et la kératite neuro-paralytique.

Notons enfin que les causes externes que nous avons signalées dans la pathogénie de la rosacée du visage, trouvent leur interprétation dans les manifestations oculaires, en ce sens que les lésions de conjonctivite et de kératite rosacées siègent avec prédilection dans le territoire de la fente palpébrale.

En conclusion, nous dirons que la rosacée de l'œil, complication de la rosacée du visage, survient sans qu'on la puisse prévoir à l'avance ; elle est secondaire à l'affection cutanée et n'apparaît le plus souvent que très longtemps après, affectant surtout les femmes ayant atteint la quarantaine.

La rosacée de l'œil se traduit cliniquement par l'atteinte des paupières et des différents éléments du segment antérieur de l'œil. On trouvera la blépharite, la conjonctivite, la kératite, rarement l'épisclérite, et quelquefois l'iritis.

LA ROSACÉE DERMATOLOGIQUE

Avant d'envisager les lésions purement oculaires attribuables à la rosacée, il nous paraît intéressant de rappeler quelles sont les manifestations cutanées de cette affection.

Comme de nombreuses dermatoses, « la rosacée » présente une riche synonymie : acné rosée, acné rosacée, acné érythémateuse, couperose rosacée, gutta rosacea, gutta rosea.

La rosacée est essentiellement caractérisée par un processus érythémateux relevant d'une congestion passive, d'abord passager, plus tard permanent, qui évolue d'ordinaire par poussées fluxionnaires, sous l'influence de nombreuses causes occasionnelles, aboutissant finalement à la production de télangiectasies.

Ce processus se développe le plus fréquemment, ainsi que nous l'avons déjà signalé, sur un terrain cutané préparé, sur un fond de séborrhée grasse. Secondairement, apparaîtront, par poussées, des éruptions d'éléments acnéiques.

Limitée au visage, la rosacée siège avec prédilection sur les pommettes et le nez. On l'observe également très souvent sur le front, le menton, les ailes du nez, quelquefois même, mais rarement, sur les parties voisines du cou ; en somme « sur les parties glabres du visage » ainsi que l'a énoncé Brocq.

Tant au point de vue symptomatique qu'au point de vue évolutif, il y a lieu de distinguer plusieurs formes correspondant à des stades qui souvent successifs et parcourus tous chez le même malade, seront d'autres fois inchangés.

La première de ces formes est la forme érythémateuse : c'est la rosacée pure.

Particulièrement fréquente chez les femmes atteintes de troubles menstruels ou aux approches de la ménopause, elle peut également se rencontrer chez les hommes, en particulier les alcooliques. Un jour, à l'occasion d'une cause déclenchante quelconque, le plus souvent un repas copieux, une promenade en plein vent, le visage présente des taches rouges d'érythroïse. Par la répétition même de ces accès, s'installe peu à peu une congestion permanente, passive, qui se traduit par des plaques plus ou moins étendues. Enfin, après un laps de temps, variable suivant les sujets, les capillaires à parois déficientes, distendus par ces diverses poussées fluxionnaires, restent en état de dilatation permanente, et les téléangiectasies apparaissent. A la pression, le réseau dilaté sous-cutané ne disparaît plus alors que les plaques congestives sous-jacentes s'effacent. Ainsi, est réalisé le tableau clinique de la rosacée pure.

Cette congestion permanente, modifiant la nutrition des tissus et le fonctionnement des glandes, favorise sur un terrain dysséborrhéïque ou kérosique la production de follicules acnéiformes. Cette forme pustuleuse qui succède habituellement à la précédente, est celle de l'acné rosacée vraie.

Sur le fond simplement érythémateux préexistant, se développe l'élément acnéique. L'éruption, qui procède par poussées intercurrentes, est formée de papules, lesquelles deviennent bientôt des papulo-pustules acuminées, plus ou moins volumineuses à base indurée. Une fois rompues, ces papulo-pustules se coiffent de croûtelles brunâtres qui se détachent, laissant après elles une cicatrice.

L'acné est donc presque toujours secondaire ; mais il faut cependant signaler que la rosacée pure peut apparaître en même temps que la forme acnéique, et qu'à l'inverse dans certains cas, la forme pustuleuse est la première installée, précédant la forme congestive. Il y a là, comme le souligne Brocq, un cercle vicieux, la congestion favorisant l'acné et l'acné favorisant la congestion.

A un stade plus avancé, les dilatations vasculaires augmentent, constituant de grosses arborisations varicueuses. Les indurations acnéiques s'étendent et gagnent en profondeur. Sous l'influence des incessantes poussées congestives, le tissu conjonctif du derme prolifère et finit peu à peu par s'hypertrophier ; les glandes sébacées prennent un volume énorme : c'est l'acné hypertrophique, qui se traduit ostensiblement par le rhinophyma.

Brocq a décrit une quatrième forme de l'acné rosacée, sous le nom d'« éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face ». Voici le tableau clinique qu'il en donne.

Les lésions éruptives élémentaires caractéristiques sont de toutes petites papulo-pustules miliaires, de la

grosseur d'une tête d'épingle environ. Elles font parfois une légère saillie au-dessus du niveau des téguments ; parfois, au contraire, quand elles se développent sur des surfaces érythémateuses, elles ne s'élèvent pas au-dessus du plan cutané. Leur base est d'une couleur rouge vif, leur centre, d'un jaune blanchâtre, constitué par un peu de sérosité purulente. Après l'ouverture de la pustulette, il reste une très petite dépression arrondie intra-épidermique, qui se cicatrise et disparaît avec la plus grande rapidité. Ces éléments reposent, d'ordinaire, sur un fond primitivement érythémateux et télangiectasique. Parfois, cependant, ils se développent sur une peau en apparence saine et on peut voir rayonner tout autour d'eux des télangiectasies accidentelles, qui diminuent de volume ou tendent même à disparaître après l'évolution.

La localisation de l'éruption n'est pas aussi élective, dans cette forme papulo-pustuleuse, que dans l'acné rosacée vraie. Ici, la face peut être atteinte dans sa totalité. Ce tableau clinique coexiste le plus souvent avec de la séborrhée, du pityriasis simplex, de l'urticaire et surtout des télangiectasies faciales et de la couperose.

CHAPITRE II

LA ROSACEE DE L'ŒIL

DIAGNOSTIC POSITIF

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La Blépharite rosacée.

Il n'est pas rare de retrouver sur les paupières d'un sujet atteint de rosacée, les dilatations vasculaires observées sur le visage. Ces télangiectasies n'entraînent aucun trouble, ne nuisent guère à l'esthétique et ne nécessitent pas de traitement.

Plus fréquemment, on a l'occasion d'observer des nodules de rosacée au bord libre de la paupière. Situés à cheval sur ce bord, ils touchent également la peau de la paupière et la conjonctive palpébrale. Ces nodules sont rarement plus gros qu'un grain de sagou; leur surface a un espèce d'éclat gras et à travers l'épiderme aminci, on voit des arborisations vasculaires. La partie voisine de la conjonctive est légèrement hyperémiée et épaissie. Ces nodosités, qui siègent à la paupière inférieure, ne pourraient être confondues, à la rigueur, qu'avec une tumeur de ce bord, nævus ou fibrome (Triebenstein).

Dans certains cas, ces nodules palpébraux deviennent gênants parce qu'ils râclent la cornée; le malade a l'impression d'avoir un corps étranger dans l'œil; il ressent un léger picotement et présente du larmoiement. Cette symptomatologie a fait bien souvent poser à tort le diagnostic de conjonctivite, diagnostic que l'on doit rectifier en présence de la concomitance

d'une rosacée de la face et aussi de la position à cheval très caractéristique du nodule.

Enfin, on a signalé, dans des cas de rosacée, une forme de blépharite squameuse, qui se traduit par la présence de petites squames jaune-verdâtres entre les cils. Cette forme, tout à fait bénigne, n'entraîne aucun trouble et ne conduit jamais à la chute des cils.

Le traitement de la blépharite rosacée consiste en des massages locaux avec une pommade à l'ichtyozinc au 100°.

Dans la blépharite squameuse, l'état s'améliore sans que toutefois les squames disparaissent complètement. En cas de blépharite nodulaire, les lésions regressent également, mais on peut les voir s'éteindre spontanément quand disparaissent les nodules de l'éruption acnéique de la face.

Le pronostic de cette affection est donc favorable. Cependant, signalons que si l'évolution n'entraîne généralement aucune complication, elle prédispose indubitablement au chalazion.

L'inflammation des glandes de Meibomius, analogues aux glandes sébacées de la peau, a été signalée la première fois par Horner, qui montra la relation existant entre la chalazion et la rosacée. Plus tard, Peters en signala 16 cas et Doggart rapporte 11 cas sur ses 78 malades.

De notre côté, nous avons constaté chez nos 24 malades, un chalazion, une blépharite squameuse et un cas de tarsite, qu'il nous paraît intéressant de rapporter.

OBSERVATION N° 1

Il s'agit d'un malade de 63 ans, marchand forain, qui vient à la clinique ophtalmologique du Professeur Bonnet, le 16 avril 1939, parce qu'il ressent depuis une quinzaine de jours de violentes douleurs dans la région palpébrale, particulièrement du côté gauche.

A l'examen dermatologique, le malade présente un rhinophyma au début avec d'énormes varicosités, principalement sur les ailes du nez et sur les joues. Le visage est parsemé de nombreux comédons et la pression fait sortir des filaments séborrhéïques.

Histoire oculaire. — Depuis l'âge de 45 ans, le malade accuse de fréquentes douleurs, très intenses, localisées à la région périorbitaire. Il y a trois ans, il est allé consulter parce que « ses paupières étaient rouges et gonflées ». Huit séances d'auto-hémothérapie améliorèrent son état.

Quand il se présente, le 16 avril, à la clinique ophtalmologique, ses paupières sont gonflées, tomenteuses, rouges, avec un léger entropion et du trichiasis, surtout au niveau des paupières supérieures. En renversant les paupières, on aperçoit à travers la conjonctive tarsienne hyperémiée, une rangée de lignes jaunes, crèmeuses. Par la pression, on fait sourdre, des conduits excréteurs des glandes de Meibomius, des filaments spiroïdes identiques aux comédons observés sur le visage.

L'examen à la lampe à fente montre, du côté droit, une conjonctive bulbaire hyperémiée et un leucome superficiel à la partie centrale de la cornée. La cristalloïde antérieure est légèrement opaque.

La chambre antérieure et l'iris sont normaux. La pupille réagit bien.

Du côté gauche, la conjonctive est rouge ; les vaisseaux dilatés forment un cercle périkératique.

Sur la cornée, il y a, à 7 heures, un ulcère marginal avec vaisseaux venant du limbe. Le parenchyme cornéen est trouble.

La chambre antérieure et l'iris sont normaux.

Le malade entre dans le service. Au cours de son hospitalisation, il présente quatre hémorragies. Sans cause apparente, brusquement, ses paupières se mettent à saigner. Chaque fois l'hémorragie dure environ un quart d'heure, puis tout rentre dans l'ordre.

Le 2 mai, il est pratiqué une tarsectomie totale, bilatérale, aussi bien aux paupières inférieures qu'aux paupières supérieures. A l'intervention, on constate un tarse infiltré dont le clivage est facilité par l'œdème. Il s'agit vraisemblablement d'une tarsite suppurée ayant succédé à la phlegmasie des glandes de Meibomius.

Le 24 mai, nous revoyons le malade ; son état est très amélioré. Un nouvel examen à la lampe à fente montre à droite un léger trichiasis de la paupière inférieure. A la partie supérieure, il persiste, comme séquelle de la nécrose des paupières, une perte de substance de la région moyenne du bord palpébral. La conjonctive est légèrement congestive. Le point lacrymal inférieur est un peu béant sans reflux à la pression sur le canalicule. Les vaisseaux limbiques sont sensiblement normaux. A la partie centrale, nous retrouvons le leucome superficiel précédemment observé.

Du côté gauche, les lésions palpébrales sont moins marquées. La conjonctive est également moins congestive que du côté droit. Le point lacrymal inférieur est aussi un peu béant mais sans reflux. Le réseau en palissade apparaît plus nettement que normalement. L'ulcère marginal a laissé comme séquelle un leucome large, déprimé, vascularisé par un bouquet venant du limbe.

La Conjonctivite rosacée.

La conjonctive est fréquemment atteinte dans la rosacée de l'œil, mais il est rare que la conjonctivite s'observe seule. Elle s'associe généralement à la kératite, laquelle affection domine nettement le tableau clinique.

Au point de vue objectif, la conjonctivite rosacée peut se présenter sous deux formes bien distinctes.

La première forme concerne exclusivement la conjonctive tarsienne. La muqueuse est rouge, gonflée, plus ou moins épaissie en apparence. La rougeur est due à une injection des vaisseaux, mais cette injection est tout à fait différente de l'hyperémie diffuse et intense de la conjonctivite courante. Les troncs des vaisseaux ne disparaissent pas ; on les distingue au contraire parfaitement bien. Ils sont dilatés, sinueux, s'identifiant en tous points aux télangiectasies observées sur la face. Leurs arborisations viennent s'épanouir en surface, sous forme de petits bouquets d'an-ses vasculaires. Les vaisseaux apparaissent comme des plantes pressées entre les planches d'un herbier (P. Bonnet) (Fig. I).

Mais souvent, du fait de l'infection associée, l'aspect est moins caractéristique. Il se confond avec celui d'une conjonctivite chronique, ou même d'une con-

jonctivite aiguë, sans sécrétion. La muqueuse est rouge, hyperémiée, œdémateuse ; des arborisations vasculaires viennent affleurer à la surface.

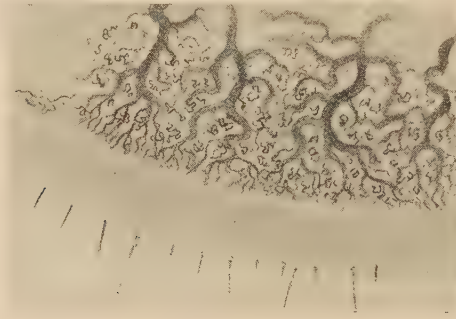


FIGURE 1

Un semis miliaire de points blancs, intercalés entre les bouquets vasculaires et paraissant être des abcès miliaires des glandes de Henle, prêts à se faire jour

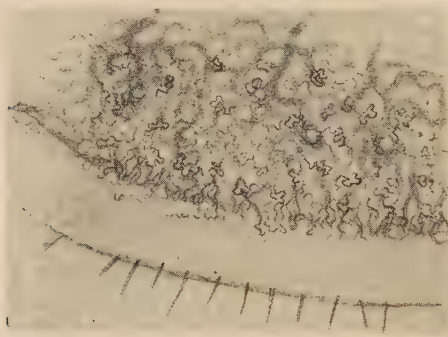


FIGURE 2

à la surface, donne à la conjonctive un aspect bigarré assez particulier (Fig. 2). Parfois, on rencontre, çà et là, de petites concrétions blanches des glandes de Henlé (5 sur nos 24 malades). Par contre, si cette con-

jonctivite rosacée est compliquée d'une conjonctivite aiguë de toute autre étiologie, on ne peut plus la reconnaître parce que les symptômes de l'inflammation nouvelle effacent totalement l'injection typique des vaisseaux, précédemment décrite.

Les symptômes subjectifs de cette affection, se traduisent par une sensation de corps étranger et de picotement, rappelant la symptomatologie de la conjonctivite sèche. S'il survient une sécrétion muco-purulente, elle peut être logiquement expliquée par la migration de staphylocoques, provenant de la peau avoisinante ; Whitfield trouva ces microbes pyogènes dans les yeux de malades atteints de rosacée.

Le traitement de cette conjonctivite tarsienne consiste en massages avec une pommade à l'ichtyo-zinc, pendant quelques jours. Les phénomènes subjectifs disparaissent sans que change l'aspect de l'injection.

La deuxième forme de la conjonctivite rosacée intéresse la muqueuse bulbaire.

Elle se traduit par la présence sur la conjonctive d'une éruption noduliforme.

C'est la conjonctivite nodulaire juxta-limbique.

Sans que le malade ressente la moindre douleur, il apparaît sur la conjonctive bulbaire un nombre variable de nodules, d'une couleur gris rougeâtre. Ce qui caractérise cette éruption, c'est son siège exclusif dans le territoire de la fente palpébrale et le plus souvent au ras du limbe, si bien que lorsqu'il y a plusieurs nodules, il n'est pas rare de les voir disposés en couronne à la périphérie de la cornée.

Très fréquemment, ces nodules s'ulcèrent en sur-

face, puis se résorbent en quelques jours, sans même qu'il y ait eu la moindre intervention thérapeutique.

Pour ces formations elles-mêmes, le mode de vascularisation est caractéristique dès qu'elles atteignent une grosseur notable. Ainsi que l'écrit Triebenstein « un ou deux plus gros vaisseaux des couches supérieures de la conjonctive s'étirent en un cours un peu sinueux pour former, sur le nodule et à son pourtour, un petit glomérule de plus fins vaisseaux ».

Les nodules se résorbent assez rapidement, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement. Les vaisseaux, eux, ne disparaissent pas totalement, de sorte qu'il est possible, dans certains cas, de faire le diagnostic rétrospectif de conjonctivite rosacée d'après l'aspect caractéristique de la vascularisation conjonctivale au niveau de la fente palpébrale.

OBSERVATION N° II

Mme B..., 58 ans.

La malade présente un état congestif de l'extrémité du nez, des narines et des sillons naso-géniens, ainsi que des lésions manifestes de séborrhée de cette région. Sur toute cette surface, on trouve de petites pustules de la taille d'une tête d'épingle qui ne sont autres que des pustules d'acné et à côté, il existe de petites cicatrices au niveau des pores folliculaires. La vitro-pression ne montre pas de nodules et on ne note pas d'hyperkératose. Il n'y a pas de telangiectasies sur le nez même, mais il en existe de très petites dans le sillon naso-génien. En somme, il s'agit d'une acné rosacée.

Examen ophtalmologique.

L'œil droit est normal.

Œil gauche. La conjonctive de la paupière inférieure est sillonnée de vaisseaux plus volumineux qu'à l'état normal, ce qui lui donne une teinte légèrement mauve. Au voisinage du limbe, la conjonctive bulbaire est hyperémisée et sillonnée de vaisseaux sinueux noyés dans un œdème saillant. Lorsque l'on écarte les paupières au cours de l'examen, on voit l'hyperémie augmenter considérablement et l'aspect rappelle au premier abord celui d'une épisclérite diffuse. A mieux observer, on voit en profondeur un réseau épiscléral formé de vaisseaux richement anastomosés. Le réseau superficiel est formé de réseaux plus grêle d'un rouge vif. A petite distance du limbe, on voit des vaisseaux superficiels s'enfoncer dans la profondeur. De la crosse qu'ils forment ainsi partent vers le limbe de nombreux rameaux. Ceux-ci donnent, en bordure du limbe, un réseau régulier dont les arborisations terminales abordent le limbe noyé dans un halo blanchâtre, cotonneux, de sorte que le limbe est souligné d'un liseré blanc comme dans le glaucome (P. BONNET).

La cornée est normale.

La conjonctivite nodulaire juxta-limbique ressemble en tous points à la kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Dans l'un et l'autre cas, l'apparition des nodules se fait sans douleur; l'évolution est exactement la même, le siège des deux affections généralement identique; la petite différence de couleur des nodules qui pourrait faciliter le diagnostic différentiel, est souvent minime ou n'existe pas. Seul le mode de vascularisation peut être utile pour étiqueter l'affection. Dans la conjonctivite phlycténulaire, les vaisseaux très rou-

ges superficiels, qui se dirigent vers la phlyctène, proviennent de tous les côtés de la conjonctive, alors que le nodule rosacé est seulement vascularisé par une ou deux branches dilatées, de couleur légèrement bleuâtre. L'injection est pour ainsi dire, suivant l'expression même de Triebenstein « plus grossière et plus massive que dans la phlyctène ».

Enfin, il faut attirer l'attention sur le fait que la conjonctivite bulbaire de la rosacée s'accompagne toujours de conjonctivite tarsienne et bien souvent aussi de la blépharite squameuse décrites précédemment.

La ressemblance entre les deux conjonctivites, rosacée et phlycténulaire, a fait que longtemps on a employé une thérapeutique identique pour ces deux affections. Il était fait usage d'une pommade au calomel ou à l'oxyde jaune. Jamais ce traitement n'a donné de résultats intéressants dans les cas de conjonctivite rosacée. Au contraire, le massage avec la pommade à l'ichtyo-zinc se révèle très satisfaisant, comme cela a déjà été mentionné dans le traitement de la blépharite.

Le pronostic de la conjonctivite rosacée est tout à fait bénin. L'évolution en est marquée par de nombreuses récurrences, apparaissant parfois en concomitance avec une recrudescence de la rosacée de la face, mais pouvant aussi survenir indépendamment au cours d'une affection latente de la peau.

Le traitement conduit toujours à la guérison, sans qu'il soit causé la moindre atteinte permanente de l'œil.

Nous croyons intéressant de signaler ici quelques lésions fréquemment remarquées chez nos malades.

Bien évidemment, nous ne nous attendions pas à trouver, chez tous les acnéiques que nous avons examinés, une complication oculaire caractéristique et certaine, mais chez tous, nous avons pu mettre en évidence quelque chose que l'on croit pouvoir considérer comme une manifestation de l'extension, plus ou moins marquée, à l'œil de lésions rappelant celles de l'affection cutanée. C'est ainsi, que dans plus de 60 % des cas, on note une dilatation marquée des vaisseaux de la conjonctive bulbaire.

Nous rapportons ici, à ce sujet, une observation assez caractéristique.

OBSERVATION N° III

M. G..., 64 ans. Mécanicien tourneur.

Au point de vue antécédents personnels, le malade signale une crise de rhumatisme articulaire aiguë à 28 ans, sans complication cardiaque. A l'heure actuelle, la face a un aspect érythémateux. Sur les pommettes et sur les joues, serpentent de nombreuses et volumineuses téléangiectasies. Papules d'acné sur le menton. Le nez très volumineux et très rouge présente un aspect presque inflammatoire. A son niveau, et sur le sillon naso-génien, on remarque quelques croûtelles jaunâtres coiffant les papulo-pustules.

Du point de vue oculaire, le malade se plaint de larmoiement et signale que le matin au réveil, ses yeux sont collés par de la chassie.

Examen ophtalmologique.

Œil gauche. — Conjonctive palpébrale rouge. Le canalicule lacrymal inférieur, non béant, est cerné d'un vaisseau fin.

La conjonctive bulbaire est un peu sale. Un gros vaisseau conjonctival, à peu de distance du limbe, vient se perdre dans une pinguecula. Avant de l'aborder, il se résout en 3 anévrysmes splendides (fig. 3).

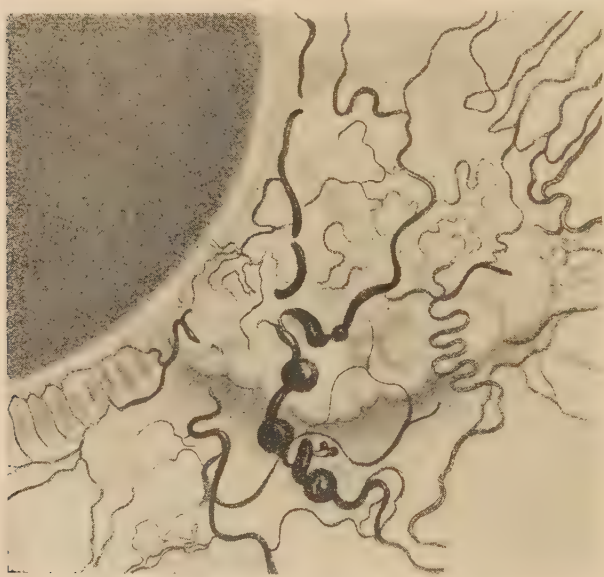


FIGURE 3

A la partie inférieure du limbe, léger œdème de la conjonctive. Le réseau en palissade est dédoublé. Les ampoules lymphatiques inter-vasculaires sont gonflées. On note une légère infiltration leucocytaire.

La cornée: léger trouble de la membrane de Bowmann et de la membrane de Descemet.

L'iris est un œdémateux avec quelques points pigmentés dans le champ pupillaire.

Par ailleurs, 33 % de nos malades présentaient une image de cercle périkératique avec œdème du limbe. Dans près de 50 % des cas, nous avons constaté également la mise en évidence d'une dilatation des lymphatiques du limbe.

Enfin, soulignons la présence, chez cinq de nos malades, c'est-à-dire 20 %, d'une pinguécula sur la conjonctive bulbaire. Nous ne prétendons pas rattacher cette tumeur à la rosacée de l'œil, mais il est assez curieux de constater le parallélisme pathogénique évident qui les relie, puisque l'une et l'autre se rencontrent dans le territoire de la fente palpébrale, chez des sujets dont les yeux sont soumis aux poussières, aux saletés et exposés aux intempéries.

La Kératite rosacée.

D'après les auteurs qui se sont intéressés à la rosacée de l'œil, la kératite paraît être la manifestation la plus fréquemment observée.

Triebenstein en relève 243 cas sur 274 malades, c'est-à-dire une proportion de 88,5 %. De son côté, Jaesché, qui a étendu ses observations à 192 consultants, signale 165 cas de kératite, c'est-à-dire un taux de 86 %.

Les manifestations de la rosacée de la cornée ont un aspect très varié et il semble bien que la meilleure classification à adopter soit celle, déjà proposée par Triebenstein, qui différencie les diverses formes cliniques d'après leur gravité.

Ainsi, on distingue trois formes nettes de kératite :

- 1° L'affection marginale de la cornée ;
- 2° L'infiltrat sub-épithélial, plus grave dans son évolution que la forme précédente, puisqu'il peut aboutir à des opacités de la cornée ;
- 3° La kératite progressive semblable en tous points à l'ulcus rodens de la cornée.

Il faut toutefois signaler que l'on peut rencontrer des formes mixtes ainsi que des formes évoluant selon le tableau de la kératite sclérosante et aussi comme l'ulcère simple à hypopyon de la cornée.

Eu égard à cette multiplicité de formes des manifestations cliniques, l'Ecole de Rostock admet comme très vraisemblable la réalité d'une kératite rosacée :

1° S'il existe au niveau de la face une éruption de rosacée typique ;

2° S'il s'étend vers le foyer cornéen une vascularisation clairsemée nourrie seulement par quelques branches vasculaires assez grosses ;

3° Si les foyers ont tendance au ramollissement et au dépôt d'incrustations calcaires ;

4° Si l'évolution se fait d'une façon chronique avec des récives incessantes.

Souvent, en même temps que la kératite, on observe une séborrhée du bord palpébral et une conjonctivite qui peut être primitive ou secondaire.

La Rosacée du bord de la cornée : l'affection marginale.

Cette forme de kératite se rencontre, le plus souvent, chez des malades qui présentent, outre la rosacée du visage, une blépharite squameuse légère et une conjonctivite tarsienne.

Elle se manifeste par une vascularisation particulière du limbe, laquelle ne se rencontre, sous cette forme, dans aucune autre affection de la cornée.

Ainsi que l'a décrit Triebenstein, on voit circuler, en général, au bord supérieur du limbe, quelquefois même presque circulairement, d'innombrables et très fins bourgeons vasculaires du réseau de bordure, tout à fait superficiellement, sur un demi ou un milli-

mètre de la cornée, pour se résoudre ensuite en une limite bien tranchée. Ces vaisseaux, qui ne se bifurquent que peu, ne siègent pas au niveau du reste de la cornée, mais courent sur un tissu nettement surélevé, qui tranche sur la surface par ses bords taillés à pic. L'épaisseur de ce voile est sensiblement égale à celle des vaisseaux qui circulent en lui ; sa teinte est d'un gris plus intense que le tissu cornéen normal de la région du limbe.

Si peu caractéristique que puisse paraître ce développement vasculaire, il se distingue cependant facilement par sa limite nette, en remblai, des expansions du réseau de bordure d'une autre étiologie.

Ce qu'il y a de formel dans ce mode d'altération, c'est qu'elle paraît être dans chaque cas le stade initial d'une rosacée du bord de la cornée. Elle ne manque jamais au voisinage d'une infiltration ou d'une ulcération marginale, de sorte qu'elle est d'une grande signification pour le diagnostic différentiel d'une affection de la région du limbe. D'ailleurs, l'infiltration marginale de la rosacée diffère par sa couleur blanchâtre des affections de même localisation mais de tout autre étiologie.

Assez souvent, après une conjonctivite rosacée ou après un semis miliaire d'efflorescences de la rosacée du limbe, se développe, sous l'apparence d'une irritation légère, une infiltration qui se trouve de 1/2 à 1 millimètre du limbe, dans les couches superficielles ou moyennes du parenchyme ; elle affecte rarement une forme circulaire, mais plutôt une disposition ovale, concentrique au limbe. La grosseur varie

depuis des points à peine perceptibles, jusqu'à une étendue de $1/2$ à 1 millimètre. L'éruption ne donne généralement lieu à aucune proéminence et se trouve encadrée par un trouble finement pointillé.

Lorsque cette infiltration persiste un peu longtemps, elle se trouve enlacée par de petits vaisseaux issus du réseau de bordure.

Du point de vue évolutif, il peut y avoir résorption spontanée de cette infiltration ; dans quelques cas, au contraire, surtout si l'infiltration était un peu proéminente, il s'installe une petite ulcération qui s'efface en quelques jours, laissant après elle une légère macule visible à la lampe à fente. Ces macules restent longtemps vascularisées et donnent l'impression que la conjonctive est tirée sur la cornée. Enfin, il peut aussi se développer un petit foyer nécrotique avec une taie d'un blanc de chaux. Tandis que les infiltrations se résorbent, que les ulcérations s'effacent et se recouvrent d'épithélium, la région nécrotique reste à nu jusqu'à ce que le tissu mortifié tombe de lui-même, ou qu'on le gratte à la curette ; la guérison s'avance alors très rapidement.

Dans cette forme clinique de kératite rosacée, la symptomatologie est assez minime : on note seulement une légère irritation du globe oculaire et une injection péri-cornéenne faible, seulement dans le voisinage de la partie atteinte. Quelques vaisseaux superficiels de la conjonctive sont également injectés. L'iris n'est pas atteint.

Le diagnostic d'affection marginale rosacée est facile à faire, lorsqu'il y a nécrose ; dans l'autre cas, où il y a seulement simple infiltration du bord, sans

nodule conjonctival, la reconnaissance est difficile. Il faut alors s'appuyer sur la concomitance d'une rosacée du visage, en particulier, s'il y a synchronisme entre l'apparition des lésions marginales et l'exacerbation des lésions cutanées.

Le pronostic est tout à fait favorable, puisqu'il n'a jamais été observé de perforations de la cornée; l'infiltration et l'ulcération ne semblent pas s'enfoncer plus profondément que vers la moitié du parenchyme cornéen.

OBSERVATION N° IV

Mme A..., 48 ans.

Trois enfants en parfaite santé; a eu une fausse-couche en 1914. Il y a trois ans, la malade a été soignée pour des troubles digestifs et en juillet 1938, elle a été opérée de l'appendicite.

N'est plus réglée depuis deux ans.

A l'heure actuelle, la malade se présente avec un visage érythémateux. L'érythrose est particulièrement prononcée au nez et dans la région intersourcillière. Sur le menton, présence de quelques papules acnéiques.

Depuis trois semaines, la malade souffre d'une douleur localisée à la région sus-orbitaire gauche et présente de la photophobie avec larmoiement. Croyant à une « sinusite », elle prend des inhalations qui la soulagent un peu mais l'œil restant très rouge, la malade vient consulter le 3 juin.

Examen ophtalmologique. — Œil gauche : la conjonctive palpébrale offre cet aspect des vaisseaux rappelant des plantes écrasées dans un herbier.

Les orifices des glandes de Meibomius sont entourés de vaisseaux tortueux qui s'étendent comme des varicosités, sur la marge du bord de la paupière. Les branches

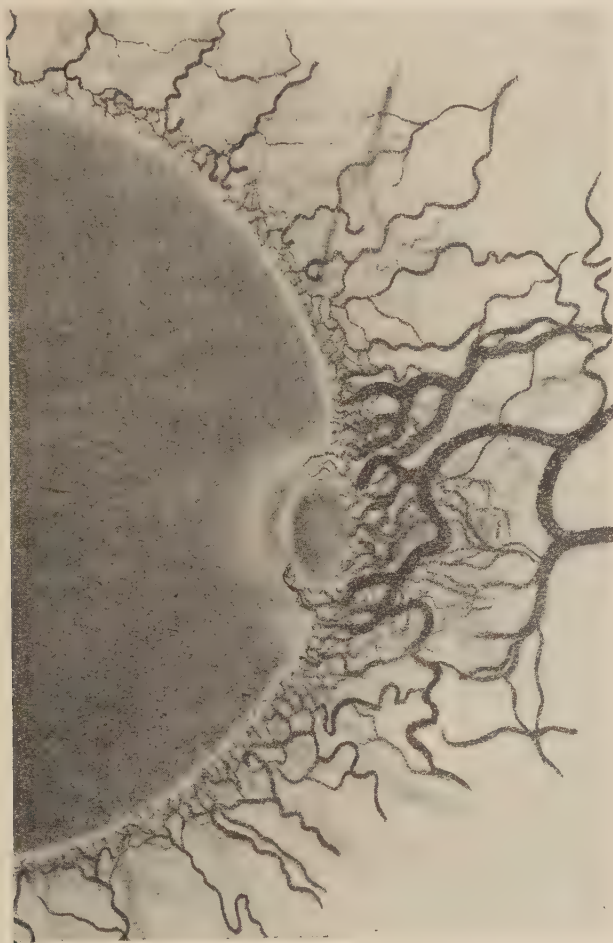


FIGURE 4

terminales des vaisseaux de la conjonctive, extrêmement tortueuses, dont quelques-unes sont ectatiques et de couleur beaucoup plus vives que les autres, viennent se ter-

miner en surface. Le canalicule lacrymal un peu fongueux est entouré de petits vaisseaux.

La conjonctive bulbaire présente cet aspect si particulier que nous commençons à reconnaître comme appartenant à la rosacée.

La cornée, saine à la partie moyenne, présente au niveau du limbe sur le méridien de 3 h. 1/2, une petite ulcération cupuliforme, ovulaire, allongée parallèlement au limbe, sur le bord de laquelle viennent se perdre des vaisseaux extrêmement tortueux, ectatiques, noyés dans un œdème blanchâtre du limbe (Fig. 4).

Le reste de la cornée présente un très léger trouble qui s'atténue à partir de l'ulcération ; cependant, on peut observer quelques plis très discrets de la membrane de Descemet.

Tout autour du limbe existe un cercle périkeratique fait de petits vaisseaux ectatiques. Les vaisseaux abordent la cornée à intervalles réguliers ; ils sont sinueux, en vrilles de la vigne, alors que d'autres vaisseaux profonds se voient, au-delà, dans la profondeur de la couche œdémateuse du limbe. Une infiltration leucocytaire d'aspect cotonneux fait une fine bordure tout autour du limbe.

L'infiltrat sous-épithélial.

Tandis que la forme de kératite précédemment décrite, est caractérisée par le fait que seules les parties extérieures du bord de la cornée sont atteintes et aussi que la vascularisation provient de la conjonctive et du réseau de bordure, les infiltrats sous-épithéliaux peuvent se trouver partout sur la cornée, mais siègent avec prédilection dans le territoire de la fente palpébrale.

Dans ce genre de kératite, les symptômes subjectifs, inexistants au cours de l'affection marginale de la cornée, se traduisent ici par une légère irritation ciliaire de l'œil, quelques douleurs, parfois vives, avec sensation de brûlure, du spasme des paupières et du larmoiement.

Objectivement, on voit se former en certains endroits de la cornée, des infiltrations de la grosseur d'une tête d'épingle, d'une teinte blanc grisâtre ou blanc jaunâtre, rondes, bien circonscrites, qui repoussent l'épithélium cornéen en proéminent, prenant ainsi un aspect éruptif, ou qui pénètrent dans les couches profondes du parenchyme. Si l'infiltration se limite aux couches moyennes du tissu, elle est alors entourée d'une zone trouble finement pointillée.

A la lampe à fente, la cornée paraît épaissie au niveau de la région infiltrée. L'épithélium est irrégulier et prend la fluoresceïne, témoignage de son altération. Le trouble peut s'étendre jusqu'à la membrane de Descemet et y déterminer la formation de plis. Nous avons eu l'occasion de constater le fait plusieurs fois dans nos examens (observations 4, 6, 8). Nous signalerons, d'autre part, ici, la possibilité d'une vascularisation de la cornée. De fins vaisseaux sillonnent le parenchyme cornéen dans les couches relativement superficielles, sous-épithéliales, de telle façon qu'on pourrait les confondre avec les reliquats vasculaires d'une kératite interstitielle. Dans notre observation N° 5, ainsi d'ailleurs que nous l'y soulignons, nous avons vu ces reliquats de kératite interstitielle de l'enfance, mais on n'en trouvait pas les commémo-

ratifs. C'est alors, à l'occasion d'une poussée nouvelle et de l'apparition d'un infiltrat sous-épithélial central, avec plis de la Descemet, que nous avons vu ces vaisseaux, qui quinze jours auparavant étaient de minces fils blancs, devenir ectatiques, se remplir de sang rouge et s'entourer d'un halo blanchâtre inflammatoire.

D'après Triebenstein, dans ces formes légères, l'iris n'est jamais atteint ; on n'observe à sa surface ni exsudats, ni précipités ; le réflexe à la lumière se fait cependant un peu plus paresseusement du côté de l'œil malade, preuve d'une légère irritation.

Si cette infiltration sous-épithéliale dure peu de temps, disparaissant soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, la guérison peut être complète. Dans le cas contraire, la couche épithéliale atteinte disparaît, et il apparaît une ulcération limitée seulement à l'endroit de l'infiltration. En effet, après érosion de la couche épithéliale de couverture, se forme un ulcère à bords sapés, ce dont on peut se convaincre en les grattant avec une curette. De plus, le trouble pointillé du stroma, qui entoure le foyer primitif, s'étend et devient plus dense ; malgré cela, il conserve toujours sa teinte grisâtre, ce qui différencie ce processus ulcératif des processus infectieux aigus, comme dans l'ulcus serpens. Le sol de cet ulcère fait voir ordinairement une infiltration crayeuse, calcaire, caractéristique, aux dires de Shieck, des ulcères de la cornée.

Triebenstein soutient qu'il ne s'agit pas, dans cette forme de kératite, d'une infiltration de cellules lym-

phatiques ou de leucocytes, mais plutôt d'un œdème inflammatoire s'étendant lentement dans les couches sous-épithéliales et altérant profondément le tissu de la cornée. A considérer la surface du tissu détruit, ces altérations sont plus étendues qu'on pourrait croire. Il se produit une véritable nécrose qui empêche la guérison et qu'il est nécessaire d'enlever au moyen de la curette.

Si les infiltrations siègent près du limbe ou si elles durent quelques temps, alors s'installe la vascularisation typique de la kératite rosacée.

Ce sont des vaisseaux, assez peu nombreux, mais importants, qui s'étendent jusqu'à la zone infiltrée et se distribuent autour d'elle. Ils parcourent un tissu grisâtre, clair, qui semble superposé à la cornée et donne ainsi l'impression d'être un épaississement de l'épithélium ; toutefois, l'épaisseur de ce tissu, qui porte les vaisseaux, n'est pas partout la même.

Ces irrégularités de la cornée et cette vascularisation, forment les caractéristiques de la kératite rosacée.

Shirmer avait décrit ce tableau, expliquant les irrégularités de la surface cornéenne par l'hyperplasie sub-épithéliale du parenchyme cornéen qui, de même que l'hyperplasie du tissu dans la rosacée de la peau est pathognomonique de cette affection. Mais, contre cette idée, milite le fait que l'on trouve des irrégularités sur la surface de la cornée, en des endroits où il n'y a aucune trace d'infiltration ou d'ulcération, et par où sont passés seulement les vaisseaux, pour atteindre le foyer de l'inflammation; de plus, ces vais-

seaux sont situés si superficiellement que leur formation ne constitue pas une excitation suffisante. Donc, seulement l'épithélium peut être responsable des irrégularités de la surface.

Les troubles sous-épithéliaux qui se développent dans la zone infiltrée ne disparaissent pas toujours totalement. S'ils se trouvent près du limbe, ils se vascularisent par le réseau marginal profond. Ils se présentent alors sous la forme d'un triangle, avec la base du côté du limbe et le sommet, plus ou moins pointu, dirigé vers le centre de la cornée : le « tongue-shape » des auteurs anglais. Ce trouble se présente avec une teinte un peu bleuâtre, l'épithélium qui le couvre restant longtemps irrégulier et épaissi. Ce n'est que lorsque l'infiltration est très profonde et persiste obstinément que peuvent survenir des manifestations du côté de l'iris en même temps que s'installe une forte injection ciliaire.

On a pu observer, dans quelques cas d'infiltration profonde, des précipités sur la membrane de Desemet, mais jamais on n'a signalé l'apparition d'hypopyon. Très rarement seulement, la rosacée de l'œil s'emploie à envahir le stroma cornéen jusqu'à la membrane limitante postérieure, aboutissant à la perforation et, par là, au prolapsus de l'iris. Dans ces cas d'ailleurs, la perforation n'a pas un effet thérapeutique comme pour l'ulcère phlycténulaire où après ce stade, l'amélioration survient très vite.

Dans la rosacée, aussitôt que l'on réussit à enlever le tissu nécrosé, une rapide épithélialisation se produit et la guérison s'ensuit. Celle-ci ne se fait d'ailleurs

pas sans reliquats de troubles qui, du fait de la répétition fréquente du processus, peuvent donner lieu à une diminution générale de la transparence, ce qui assombrirait considérablement le pronostic. Après guérison, l'aspect reste caractéristique; on peut mettre en évidence une cicatrice ronde, qui trahit encore ultérieurement le sapage des bords de l'ulcère. Vogt a signalé, à l'examen de la lampe à fente, cette limite, bien tranchée, s'enfonçant perpendiculairement vers la profondeur. Au milieu de la cicatrice sont inclus dans la substance claire de petits grumeaux blancs opâques.

OBSERVATION N° V

Mme B..., 35 ans.

La malade se présente à la clinique ophtalmologique du Professeur Bonnet, le 30 janvier 1939, pour kératite de l'œil droit.

L'examen dermatologique pratiqué à la clinique du Professeur Favre, montre : Le malade présente une séborrhée congestive de la face avec par place de petites pustules d'acné et des lésions d'impétigo au niveau de l'angle externe de l'œil.

La peau est très grasse. Il existe des comédons, tout à fait typiques, au niveau du nez notamment qui est couvert de petits points noirs.

Les pommettes sont roses et on perçoit quelques petites télangiectasies en voie de formation, c'est-à-dire qu'il existe déjà un léger degré de couperose. Dans la région préauriculaire droite existent de petites pustules saillantes et congestives. Enfin, au niveau du cou, on

trouve des éléments figurés, des séborrhéides, et dans la région périoculaire, la peau est rouge.

En résumé, il s'agit de dermites microbiennes superficielles chez une séborrhéique ; on ne peut pas, à proprement parler, désigner l'ensemble sous le nom d'acné rosacée, mais il semble bien qu'il s'agit d'une forme de début.

Examen ophtalmologique.

Œil droit : examen à la lampe à fente :

Conjonctive palpébrale inférieure : l'aspect est celui d'une conjonctivite aiguë avec larmolement mais sans sécrétion. La conjonctive est rouge, extrêmement hyperémée. De nombreux bouquets vasculaires ectatiques viennent se presser à fleur de muqueuse ; celle-ci est piquetée de rouge vif par les arborisations vasculaires. Dans l'intervalle de ces arborisations, de nombreux points blancs sont disséminés, dans la muqueuse œdématisée, comme de petits abcès miliaires des glandes de Henle. La conjonctive apparaît ainsi bigarrée.

Conjonctive bulbaire : le cercle périkeratique intense est formé d'arborisations vasculaires noyées dans l'œdème du limbe. Des vaisseaux superficiels extrêmement serrés très tortueux, s'anastomosent, au voisinage immédiat du limbe, avec les vaisseaux de la couche profonde et envoient des arborisations qui empiètent à peine sur la cornée noyée dans un trouble blanchâtre en bordure du limbe.

Cornée : deux infiltrats circonscrits sous-épithéliaux occupent la cornée sur le méridien de 10 heures et sur celui de 8 heures. Ils sont d'un blanc intense, ronds, entourés d'un trouble grisâtre de la cornée et donnent l'impression d'éléments éruptifs.

Ils occupent les couches interstitielles mais forment à la surface de la cornée une saillie acuminée.

Autour de ces éléments, la cornée est épaissie, trouble, œdémateuse ; le trouble s'étend jusqu'à la membrane de Descemet ; il s'étale sur elle, sans donner lieu à la formation de plis. Tandis que les vaisseaux conjonctivaux s'arrêtent net au limbe, de nombreux vaisseaux profonds abordent le nodule infiltré qui siège sur le méridien de 10 heures ; ils le débordent pour s'anastomoser avec d'autres vaisseaux profonds dispersés dans le parenchyme de la cornée. Ces anastomoses vasculaires au voisinage de l'infiltrat réalisent même, dans la couche profonde de la cornée, une véritable petite suffusion hémorragique.

La présence, dans les couches interstitielles profondes de la cornée, de vaisseaux dispersés nous fit croire d'abord qu'il s'agissait de reliquats d'une kératite interstitielle de l'enfance. Cependant, les réactions sérologiques sont négatives et la malade affirme qu'elle n'a jamais eu mal aux yeux dans son jeune âge. Elle a souvent par contre, ces dernières années, des poussées analogues à celle-ci et nous sommes bien forcé d'admettre que ces vaisseaux profonds sont les reliquats de l'atteinte cornéenne antérieure.

La chambre antérieure est normale, l'iris est sain.

2° Œil gauche. — La conjonctive palpébrale inférieure présente le même aspect bigarré que du côté droit (Fig. 2).

La conjonctive bulbaire, à 3 heures et à 9 heures, en regard de la fente palpébrale, présente un aspect hyperémié particulier qui rappelle celui d'un bouton de sclérite. Cependant la sclérotique n'est pas soulevée. D'ailleurs l'aspect est très caractéristique de l'hyperémie conjonctivale de la rosacée que l'on rencontre à la phase de déclin des nodules des conjonctivites bulbaires : un réseau de fins vaisseaux entrelacés occupe la conjonctive œdémateuse ; de fines arborisations parties de là

viennent former en surface un petit glomérule vasculaire.

La cornée est un peu œdémateuse et présente un léger trouble interstitiel profond. D'assez nombreux reliquats vasculaires, sous forme de très fins filaments blanchâtres, paraissent être les reliquats d'une kératite interstitielle de l'enfance (nous avons dit plus haut qu'il n'en est rien ; on verra plus loin les modifications que subiront ces vaisseaux).

La malade est revue à plusieurs reprises et nous allons assister au début d'une poussée cornéenne du côté gauche

— Le 3 février :

Œil droit : les signes sont peu modifiés. Les deux infiltrats sous-épithéliaux ont accusé leur apparence éruptive ; ils ne prennent pas le bleu.

Œil gauche : le trouble interstitiel de la cornée a augmenté ; les vaisseaux qui occupent les couches profondes de la cornée, reliquats des atteintes antérieures, sont entourés d'un halo blanc inflammatoire qui n'existait pas le 30 janvier. Un minuscule infiltrat se dessine sur le méridien de 8 heures.

— Le 6 février :

Œil droit : amélioration considérable. La rougeur de la conjonctive a presque disparu. Les deux infiltrats se sont considérablement circonscrits ; ils sont situés en plein parenchyme, ne soulève plus l'épithélium et ne sont plus entourés que d'un trouble interstitiel extrêmement minime. Les infiltrats ont pris un aspect légèrement grumeleux.

Œil gauche : amélioration.

Le 20 février :

La malade revient pour une poussée nouvelle de l'œil gauche.

Œil gauche : cercle périkeratique très intense. Un in-

filtrat blanc occupe le centre de la cornée ; il est situé dans les couches interstitielles mais soulève l'épithélium et vient faire saillie à la surface. Autour de lui, la cornée est trouble, œdémateuse, et quelques plis de la Descemet s'entrecroisent dans la profondeur, en regard de l'infiltrat.

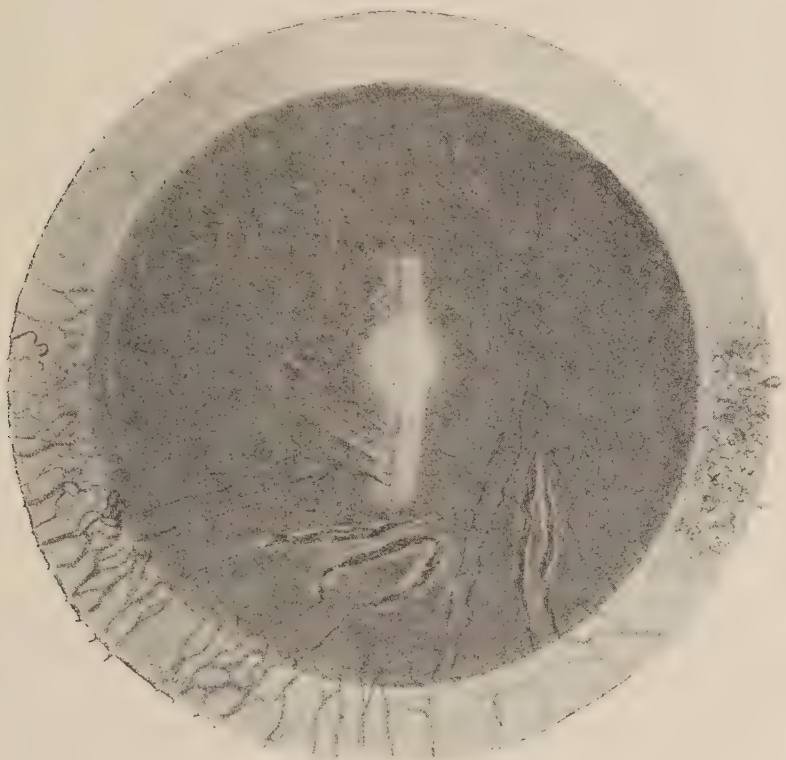


FIGURE 5

Fait curieux : les vaisseaux profonds de la cornée que nous avons vus et figurés, le 30 janvier, comme de fins filaments blanchâtres arachnéens, que nous avons vus, le 6 février, entourés d'un halo blanc inflammatoire dans trouble de la cornée, sont aujourd'hui dilatés, ectatiques,

gorgés de sang et entourés d'un halo. Quelques-uns cependant sont restés inchangés. (Fig. 5).

Cette variation dans l'aspect des vaisseaux, cette ectasie subite apparue à l'occasion d'une poussée, témoignent que les vaisseaux cornéens profonds étaient bien le reliquat de poussées antérieures.

L'iris est mal vu à travers la cornée trouble.

Œil droit : amélioration, les infiltrats tendent à s'effacer.

Le 1^{er} mars :

Œil droit : léger œdème du limbe. La cornée centrale est un peu trouble, tomenteuse surtout dans les couches voisines de la Bowmann ; les deux infiltrats sont près de s'effacer.

Œil gauche : l'infiltrat central est en voie d'amélioration ; les plis de la Descemet ont disparu ; il persiste un léger trouble poussiéreux des couches postérieures, les vaisseaux sont moins ectatiques.

Cette observation offre un grand intérêt, parce qu'elle montre que la rosacée est capable de laisser des reliquats vasculaires profonds, susceptibles d'être confondus avec les reliquats de la kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique. Il a été possible de suivre l'évolution, d'assister à une poussée cornéenne au cours de laquelle ces reliquats vasculaires, observés antérieurement vides de sang, sont devenus subitement ectatiques et gorgés de sang.

La kératite rosacée progressive.

Il existe enfin un troisième mode d'atteinte de la cornée dans la rosacée de l'œil : c'est la kératite progressive.

Cette forme clinique est la plus grave des trois, sinon la plus fréquente.

En effet, l'affection marginale n'est qu'une atteinte bénigne. L'infiltrat sub-épithélial, lui, peut revêtir un aspect plus sérieux, mais, malgré cela, il se limite le plus souvent à l'endroit de son éclosion primitive. De plus, dans la majorité des cas, ces affections guérissent en peu de temps et si des récives fréquentes sont à noter, il n'en est pas moins vrai que leur évolution n'est pas nuisible à la fonction visuelle, sauf pour les formes très graves de l'infiltrat sub-épithélial.

Au contraire, la kératite rosacée progressive est une affection sérieuse, d'un pronostic assez sombre.

Ainsi que le décrit Triebenstein, « dans une série d'observations, se développe, à partir d'un ulcère marginal ou d'un infiltrat sub-épithélial, un tableau pathologique qui peut conduire aux destructions les plus graves et les plus étendues du tissu cornéen, et qui, trop souvent, en outre, paraît bouder à toute thérapeutique. »

Il s'agit alors de la kératite progressive analogue à l'ulcère rongeur.

Dans la plupart des cas, il s'agit de malades qui, ou bien ne se rendaient au traitement qu'après une longue persistance de leur affection oculaire, ou bien dont la maladie évoluait chroniquement avec de nombreuses récives. Certainement, l'extension ou l'intensité de la rosacée cutanée n'a aucune influence sur le développement de cette kératite progressive. On a effectivement vu des malades dont l'affection

dermatologique était très accusée ne présenter aucun trouble oculaire, tandis que l'on observait des manifestations oculaires très graves dans des cas de rosacée du visage, tout à fait insignifiants.

Quoiqu'il en soit, une infiltration sous-épithéliale progressive se développe à partir d'un foyer pathologique circonscrit; elle progresse vers le centre de la cornée avec des bords surélevés très troubles, tandis que, dans toute son étendue, la zone cornéenne devient opaque et se vascularise richement.

Le bord progressif de cette ulcération se soulève un peu, en remblai, au-dessus de la surface de la cornée; c'est là un caractère distinctif de valeur vis-à-vis de l'ulcère rongeant. A l'entour, l'épithélium est légèrement trouble et irrégulier.

A l'encontre de cela, la zone périphérique de l'ulcère, entendant, par là, la zone du point de départ de l'infiltration, s'épithélialise progressivement, mais sans jamais se combler complètement, de sorte qu'une légère dépression marque le chemin suivi par le processus ulcéreux.

Dans la conjonctive, de grosses branches vasculaires courent, sans trop se ramifier, au-dessus de cette dépression, se dirigeant vers le bord progressif de l'ulcération. C'est, avec le début de cette formation vasculaire, que l'épithélium de la fosse, creusée par le cheminement de l'ulcère, commence à proliférer et ainsi s'installe le tableau typique de l'inégalité de la surface cornéenne avec pannus.

L'étendue parcourue par l'ulcère progressif varie dans de larges limites; on peut l'observer sur quel-

ques millimètres seulement ou transversalement sur toute la cornée.

L'évolution est toujours très lente et ce n'est, bien souvent, qu'après plusieurs semaines seulement, que l'on peut reconnaître l'accroissement de la lésion. Toutefois, signalons que le processus peut se stabiliser spontanément, contrairement en cela à l'ulcère rongeur.

Dans ce cas de ^{forme} kératite progressive, les phénomènes d'irritation de l'œil sont généralement très légers, plus légers même que dans l'infiltrat sub-épithélial, mais il peut se développer des états plus graves allant jusqu'à des névralgies sus-orbitaires. Ici encore, l'atteinte de l'iris est légère, une goutte d'un mydriatique suffit à le préserver.

Le pronostic est plus sombre, dans cette troisième forme de kératite, que dans les deux précédentes. Une fois que le tableau de la kératite progressive s'est produit, il en résulte des changements graves au niveau de l'œil. Les vaisseaux ne disparaissent pas, la dépression qui marque le processus ulcératif ne se comble pas, les épaissements de l'épithélium cornéen se retrouvent en toute évidence après des années et souvent il se forme des inclusions cristallines ou calcaires qui délimitent, sur le fond de la cornée saine, la région malade.

Von Szilly a fait une étude histologique de coupes, de conjonctive bulbaire et de cornée, dans des cas de rosacée au début. Il a ainsi pu remarquer l'apparition de petits amas de cellules épithélioïdes, circonscrits par une large ceinture de lymphocytes, ainsi qu'une

dilatation exceptionnelle des vaisseaux sous-épithéliaux dont la lumière est elle-même entourée de lymphocytes. Ces modifications d'inflammation récente seraient de courte durée. Plus évident est le tableau qui apparaît au cours de la marche chronique de l'affection et où on observe la formation de certains nodules durs, présentant l'aspect du tissu granuleux, et situés plus ou moins profondément dans l'épaisseur du tissu conjonctival ou cornéen. Dans ces stades plus avancés de l'affection, les vaisseaux s'oblitérent dans l'intérieur des nodules, restant très dilatés autour d'eux. Par suite de l'absence de vascularisation, le centre des nodules devient mou et il peut se produire une ulcération superficielle. Von Szilly signale également que des cellules géantes apparaissent à l'intérieur de ces nodules.

Ces changements histologiques, à savoir la dilatation des vaisseaux, l'agglomération des lymphocytes, l'apparition d'un tissu graisseux riche en fibrine et les cellules géantes témoignent quand même de l'indépendance de la rosacée oculaire vis-à-vis des autres atteintes de la conjonctive et de la cornée.

La rosacée de l'œil, comme la rosacée de la face, présente donc une individualité clinique anatomique et histologique.

L'Épislérîte rosacée.

L'épislérîte rosacée semblerait très rare d'après Triebenstein, qui n'en relate qu'un seul cas parmi ses 274 malades. De notre côté, nous avons eu l'occasion de l'observer une fois chez nos 24 malades.

L'affection se traduit par l'apparition de nodules, semblables en tous points à ceux de l'épislérîte périodique transitoire. Comme dans celle-ci, la conjonctive n'est pas mobilisable sur la tuméfaction. Le siège exclusif de ces nodules est le territoire de la fente palpébrale, le plus souvent à quelques millimètres du limbe. Du fait de la situation profonde de l'épislère, il est difficile de retrouver autour de ces nodules la vascularisation caractéristique si aisément observée sur la peau et sur la conjonctive. Ces nodules d'épislérîte peuvent se confondre avec ceux décrits dans la conjonctivite rosacée ils sont cependant plus volumineux que ces derniers, et se résorbent moins rapidement, ne disparaissant seulement qu'au bout de quelques semaines.

Si on essaie d'exciser les nodules, on reconnaît qu'ils s'étendent profondément dans le tissu épisléral, alors que ceux de la conjonctivite n'infiltrant que l'épaisseur de la muqueuse sans jamais atteindre le tissu épisléral.

Le diagnostic positif s'appuie sur l'apparition concomitante d'une conjonctivite ou d'une kératite, ainsi que sur l'existence d'une rosacée du visage.

Le traitement est encore ici le massage avec la pommade à l'ichtyo-zinc. L'épisclérite guérit d'ailleurs rapidement, sans laisser aucune atrophie de l'endroit atteint.

Les nodules épiscléaux sont considérés par Peters et d'autres cliniciens comme très caractéristiques de l'acné rosacée. Imre pense que cette affection est à suspecter toutes les fois que les nodules analogues à des phlyctènes, apparaissent sur les yeux d'un adulte.

OBSERVATION N° VI

Acné rosacée. Episclérite. Ulcères marginaux de la cornée. Irido-cyclite aiguë.

Mme R..., 62 ans.

La malade présente une affection cutanée localisée au système pilo-sébacé de la face, accompagnée de modifications vasculaires comme celles que l'on rencontre dans l'acné rosacée.

Examen ophtalmologique. — Il montre à l'œil gauche un cercle périkératique extrêmement intense, et une vascularisation conjonctivale anormale avec un œdème du limbe dédoublant les couches vasculaires.

La cornée présente un trouble interstitiel diffus avec plis de la Descemet. A 3 heures, il existe une petite ulcération avec un nodule blanchâtre interstitiel, abordé par les anses vasculaires.

En regard, il y a un gros nodule de sclérite saillant et gorgé de vaisseaux. (Fig. 6).

L'humeur aqueuse est un peu trouble.

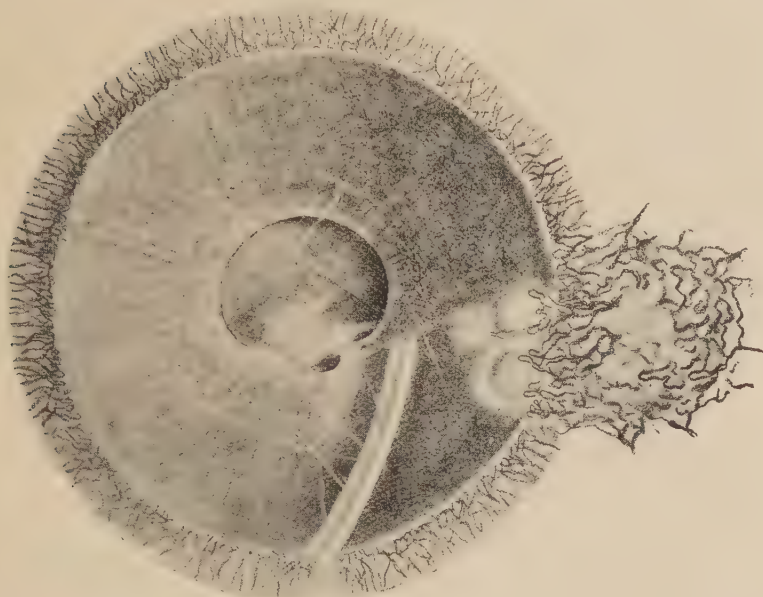


FIGURE 6

L'iris est extrêmement œdémateux adhérent, au champ pupillaire dont un exsudat assez dense occupe la partie inférieure. Les synéchies existantes sont en partie libérées par l'instillation d'atropine.

L'iritis rosacée.

L'iritis est vraisemblablement la manifestation la plus rare de la rosacée.

Sur ses 274 malades, Triebenstein n'en relève aucun cas. Jaesche, de son côté, n'en signale pas non plus parmi ses 192 rosacées. C'est Olah qui, pour la première fois, en 1932, décrit l'iritis, puis Soens, après lui, en rapporte 4 cas en 3 ans. En 1938, Olah a publié une nouvelle observation.

Voyons quel est le tableau clinique de cette affection si peu commune.

Dans les formes légères, l'iris présente seulement une simple hyperémie. L'iritis réelle ne se manifeste que dans les cas graves. Quoiqu'il en soit, il y a toujours précédemment une réaction conjonctivale ou une kératite; toutefois, le dernier cas d'iritis, publié par Olah est celui d'une iritis rosacée primitive chez un adiposo-génital.

Ce qui caractérise l'iritis rosacée, c'est la teinte exclusive de la zone ciliaire, la zone pupillaire restant absolument intacte.

A l'examen, la zone pupillaire semble nette; on peut y observer une plicature. Au contraire, la zone ciliaire est comme estompée, noyée dans l'œdème. Sa couleur et son dessin ont disparu. Dans tout son

territoire courent, venant de la chambre antérieure de l'œil et suivant une direction radiaire, des vaisseaux tortueux, dilatés. Leur nombre varie selon la gravité de l'iritis. Par place, ce réseau vasculaire est surélevé, circulant à la surface de nodules que l'on peut, dans certains cas, même voir à l'œil nu.

Dans les formes graves, Olah a pu signaler la présence de synéchies presque toujours absentes dans les formes légères.

Le réflexe à la lumière est conservé, mais il est faible, la dilatation n'affectant que la zone pupillaire.

Ainsi donc apparaît l'iritis rosacée dans sa forme la plus commune.

A cette description, ajoutons une observation rapportée par Adamantiadès, et qui nous semble intéressante du fait de la localisation de l'affection à l'iris.

Cet ophthalmologiste a pu rencontrer, à des époques différentes, chez une de ses malades, des nodules de l'iris accompagnant une kératite. On pouvait voir, en même temps que ces nodules caractéristiques de l'irido-cyclite insidieuse, des précipités sur la Descemet ou des dépôts sur la capsule antérieure du cristallin, avec ou sans synéchies postérieures. Examinés à la lampe à fente, ces nodules, fixés sur le petit cercle de l'iris, ont la forme de demi-sphères, du volume d'une petite lentille, à un grossissement de $4 \times 5,5$. Ils semblent recouverts de grumeaux, d'une couleur gris blanchâtre, et leur durée varie de quelques jours jusqu'à des semaines et des mois. Ce qui

confirme l'étiologie acnéique, dans le cas de la malade d'Adamantiadès, c'est tout le tableau clinique, lequel se présente avec des manifestations alternantes des divers téguments du segment antérieur de l'œil, manifestations dont plusieurs ont été reconnues comme des complications oculaires, acnéiques, avec leur caractère principal de télangiectasies et de récidives multiples, et, enfin, la coïncidence avec la rosacée du visage.

OBSERVATION N° VII

*Acné rosacée. Conjonctivite nodulaire juxta-limbique.
Infiltrats sous-épithéliaux de la cornée. Iritis.*

Mme C..., 57 ans.

Lorsque nous prenons l'observation de la malade, son état est déjà amélioré par le traitement et nous regrettons de ne pas avoir noté avec soin les signes qu'elle présentait au début.

L'examen ophtalmologique montre :

Œil gauche : légers troubles superficiels avec quelques nodules ombiliqués à 3 heures, reliquats d'un infiltrat de kératite en voie d'amélioration, léger envahissement vasculaire de la cornée en surface. Quelques infiltrats sous-épithéliaux saillants, vers lesquels converge une vascularisation assez intense faite de gros vaisseaux, sinueux et tortueux. Les infiltrats siègent en regard de la fente palpébrale ; l'infiltration du limbe circulaire n'a, elle, aucun rapport avec la partie découverte de l'œil.

Autour du limbe existe un réseau vasculaire extrême-

ment riche en certains points. A 9 heures, en regard de la fente palpébrale, existent des reliquats vasculaires caractéristiques des nodules de conjonctivite limbique rosacée.

L'infiltration leucocytaire du limbe, blanchâtre, floue, se poursuit dans les couches interstitielles et superficielles, car la cornée est épaissie et il existe un léger trouble profond, opalescent qui rappelle le trouble de la kératite interstitielle.

L'iris est bien dilaté par l'atropine, mais la cristalloïde est couverte d'un cercle de pigment, reliquat de l'adhérence passagère du feuillet pigmenté. De nombreux points de pigment sont plaqués également, à la face postérieure de la cornée.

Œil droit. — On y retrouve les mêmes signes qu'à l'œil gauche. Gros œdème du limbe, quelques infiltrats limbiques.

A 9 heures, reliquats vasculaires de conjonctivite nodulaire juxta-limbique ; trouble opalescent de la cornée.

La chambre antérieure et l'iris sont normaux.

Il ne reste plus trace d'un nodule, situé en pleine cornée, que l'on avait observé la semaine précédente et qui a disparu sous l'influence du bleu et de la pommade jaune. Il ne reste plus qu'un trouble sablé et nous insistons bien sur le fait que le trouble sablé est interstitiel et se retrouve très nettement dans les couches profondes de la cornée.

On a l'impression d'un processus aigu, mais très influençable par le traitement, qui atteint l'œil dans son ensemble, en particulier le corps ciliaire, et qu'il ne s'agit pas seulement d'une atteinte superficielle de la conjonctive et de la cornée.

OBSERVATION N° VIII

G..., 52 ans.

Ce malade présente à la face, en même temps qu'un rhinophyma, une infection sébacée à récides multiples, avec un état pityriasique léger de la peau. Il est probable que c'est à la même cause que doivent être attribuées les cicatrices qu'il présente à la nuque et à la partie supérieure de la région dorsale médiane.

Dans les antécédents, on ne relève rien de particulier. La tension artérielle est de 14-8,5. Les examens sérologiques qui ont été pratiqués pour la recherche de la spécificité se sont tous révélés négatifs.

Histoire oculaire. — En 1931, le malade, chiffonnier de sa profession, commence à souffrir de ses deux yeux, qui petit à petit s'injectent de sang. Il attend une huitaine de jours, mais l'affection, loin de rétrocéder, s'accroît. La photophobie est intense, accompagnée de douleurs névralgiques, crâniennes et dentaires. Le malade va alors consulter à l'Hôtel Dieu, à la clinique ophtalmologique, où on porte le diagnostic d'iritis. Le traitement institué — une série d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure — se révèle efficace, et en huit jours le malade récupère une vue suffisante pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis huit ans, le malade n'a plus subi aucun traitement et n'a été inquiété par aucun phénomène douloureux.

Mais il y a une huitaine de jours, l'œil gauche a commencé de devenir rouge, de s'injecter et de présenter de la photophobie. Le malade faisant lui-même son diagnostic vient dans le service le 3 janvier 1939.

L'acuité visuelle est pour l'œil droit $1/4$, pour l'œil gauche, $1/6$.

La tension oculaire pour l'œil droit : 25, pour l'œil gauche, 35.

L'examen, à la lampe à fente, montre un œil droit normal

A l'œil gauche, on note un cercle périkératique avec œdème du limbe et circulation exagérée.

La cornée est épaissie, il y a des plis de la membrane de Descemet.

La chambre antérieure est anormale.

L'iris, sillonné de vaisseaux atrophiques, est extrêmement œdémateux ; des synéchies bordent le champ pupillaire, la séclusion est à peu près complète.

Le fond d'œil, du côté gauche, est pratiquement inéclairable. A droite, il montre une macula et des vaisseaux normaux mais les bords papillaires sont un peu irréguliers comme s'il y avait eu une papillite ancienne.

Le 4 janvier 1939, il est pratiqué, par l'incision au couteau de Lagrange, avec lambeau conjonctival et résection large de l'iris en deux temps, une iridectomie antiglaucomeuse.

La chambre antérieure se remplit de sang ce qui ne surprend pas, tellement l'iris est œdémateux et gorgé de sang.

Le 10 février 1939, la chambre antérieure de l'œil gauche est pleine de sang, et le lambeau présente une suffusion en dessous de lui. On fait une ponction à la lance. L'iris se met immédiatement à suinter. Un lavage au sérum physiologique qui remplit la chambre antérieure paraît arrêter le suintement. On pratique une injection d'hémostatique Erce, qu'on laisse dix secondes et on vide la chambre antérieure. Il semble bien que c'est l'évacuation de la chambre antérieure qui favorise l'hémorragie *a vacuo* de l'iris. Une nouvelle injection d'Erce paraît arrêter complètement le saignement ; on vide et remplace par du sérum, l'iris ne saigne plus.

Le malade, revu quelques jours après, est très soulagé par la ponction de la chambre antérieure ; un léger hyphéma s'est cependant reproduit. Quant à l'iris, il conserve cet aspect œdémateux et vascularisé qu'il avait.

N'ayant pas examiné le malade lors de sa première atteinte en 1931, il ne nous est pas permis d'affirmer le diagnostic d'iritis rosacée, mais chez ce chiffonnier, porteur d'un rhinophyma, c'est une étiologie vraiment satisfaisante et rétrospectivement nous nous demandons s'il ne s'agit pas de l'affection décrite par Olah.

De plus, ces hémorragies ne pourraient-elles pas s'interpréter comme étant en rapport avec une déficience des parois des capillaires, comme on l'observe dans la rosacée du visage ? Nous avons déjà vu un phénomène analogue dans notre observation N° 1.

D'après Triebenstein, il n'existe pas de réaction de l'iris au cours de la kératite rosacée ; tout au plus, signale-t-il une très légère atteinte dans la forme de kératite progressive. Nous ne nous rangerons pas à cette opinion. En effet, chez trois de nos malades, qui ne présentaient aucune manifestation grave au niveau de la cornée, nous avons pu mettre en évidence, lors de l'examen, une réaction irienne ; dans un cas même, il y avait des synéchies, lesquelles ont d'ailleurs cédé à l'instillation d'atropine (Observation N° 6).

En définitive, on peut affirmer l'existence d'une identité entre les lésions oculaires et les lésions cuta-

nées de la rosacée. D'une manière générale, on peut dire que des toxines endogènes, développées peut-être sous l'action de certaines influences locales et chez des individus prédisposés, provoquent, sur la peau et les tissus analogues, conjonctive et cornée, des lésions pathologiques d'un même ordre. Dans l'une et l'autre manifestation, on retrouve les mêmes symptômes cardinaux, à savoir :

- la dilatation vasculaire,
- l'infiltration,

et, dans les deux cas, une évolution marquée par de fréquentes et tenaces récidives.

Il paraîtrait même possible d'identifier les différentes formes cliniques des deux affections en considérant :

— Que la simple rougeur de la conjonctive tarsienne correspond à des surfaces de capillaires dilatés, rappelant exactement les télangiectasies de la rosacée au début.

— Que les lésions nodulaires ne sont que la transplantation à l'œil des papules acnéiques;

— Que les lésions cornéennes ulcérées simulent la rosacée pustuleuse du visage.

Toutefois, hâtons-nous de rappeler que, malgré cette identité morphologique, il n'y a pas synchronisme parfait dans l'apparition des lésions et que les manifestations oculaires ne se révèlent pas systématiquement dans les cas de rosacée grave du visage.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic de rosacée de l'œil peut facilement être établi si on trouve sur le visage l'éruption cutanée correspondante caractéristique. Par contre, quand l'affection dermatologique est douteuse, il peut être difficile d'affirmer qu'il s'agit de rosacée.

Le diagnostic différentiel qui se pose le plus souvent est celui de *kérato-conjonctivite phlycténulaire*.

Dans l'un et l'autre cas, on voit apparaître, sur le globe oculaire, de petits nodules qui, se ramollissant au niveau de leur sommet, peuvent donner naissance à de petits ulcères. Du point de vue évolutif, il y a également une concordance marquée entre ces deux affections, l'une et l'autre procédant par poussées.

Seul, le mode de vascularisation peut être utilisé pour le diagnostic. Ainsi que nous l'avons déjà signalé, suivant l'expression même de Triebenstein, « l'infection est plus grossière et plus massive, moins diffuse dans, la rosacée que dans la kérato-conjonctivite phlycténulaire. »

Mais, cliniquement, ce qui tranche le diagnostic, c'est surtout le terrain sur lequel évolue l'affection considérée.

La rosacée de l'œil s'observe, nous l'avons vu, chez les sujets âgés, ayant généralement dépassé la qua-

rantaine, et atteints de rosacée du visage; il faut s'appliquer à rechercher cette manifestation cutanée, car il n'y a pas concomitance obligatoire entre les poussées oculaires et les poussées dermatologiques. Enfin, un dernier élément en faveur de la rosacée, c'est la coexistence, dans le cas de conjonctivite nodulaire, d'une conjonctivite tarsienne absolument typique, et quelquefois même d'une blépharite squameuse non moins caractéristique.

Au contraire de la rosacée, la kérato-conjonctivite phlycténulaire se rencontre plus spécialement chez les sujets jeunes, les enfants débilités, des convalescents de maladies infectieuses ou de fièvres éruptives et, de plus, elle reconnaît fréquemment une origine bacillaire. Il sera donc nécessaire, en cas de doute, de pratiquer un examen général qui pourra orienter le diagnostic dans ce sens.

Von Szilly prétend qu'il n'est pas difficile de différencier histologiquement la rosacée des autres affections de la conjonctive.

Faisant abstraction du manque d'un critérium quelconque, prouvant une infection par le bacille de Koch, cette cause paraît, d'après lui, invraisemblable, en se basant, même seulement uniquement, sur les préparations histologiques.

Les nodules de la rosacée ne présentent, en effet, à aucun moment de leur évolution, la structure caractéristique des tubercules sous-épithéliaux. D'autre part, la rosacée ne ressemble pas non plus, tant cliniquement qu'histologiquement, à ce que Axenfeld et Bayer ont appelé « *Fluchtigen Knötchen* », lésions

considérées comme de véritables tubercules de la conjonctive.

La rosacée peut également se différencier facilement de ce que l'on nomme « *conjunctiva nodosa* », laquelle se présente avec la structure pseudo-tuberculeuse d'un tissu granuleux néoformé, qui provient de la pénétration dans la conjonctive du duvet de certaines plantes (Ronfenhoare).

Dans le *lichen de la conjonctive*, il s'agit, d'après Friede et Engelkind, de véritables tubercules miliaires, avec une structure tuberculeuse typique. Il est aussi une forme de kératite un peu analogue à la kératite de la rosacée, c'est celle qui complique le *sycosis*. La différenciation peut se faire de ce fait que la kératite du *sycosis* guérit dès que disparaît l'affection cutanée, tandis que le traitement de la rosacée du visage n'influe pas ostensiblement sur l'évolution des manifestations oculaires.

Le diagnostic différentiel est également à faire avec l'*ulcère catarrhal marginal* de la cornée. En cas d'ulcère catarrhal, l'évolution est plus aiguë et, surtout, c'est la complication d'une conjonctivite de même nature, alors que la rosacée ne provoque que très rarement une sécrétion muqueuse et jamais de sécrétion purulente.

Peters, dans un Congrès d'ophtalmologie, à Rostock, en 1922, a prétendu que les processus cornéens figurant dans la littérature sous le nom d'ulcères marginaux d'origine catarrhale, n'ont généralement aucun rapport avec la conjonctivite de même étiologie.

Ils seraient en grande partie des ulcères marginaux de la kératite rosacée.

L'ulcère marginal suppuré ne sera pas également confondu avec l'ulcère marginal de la rosacée, du fait qu'il s'accompagne toujours d'une forte participation de l'iris, chose moins évidente dans l'affection qui nous occupe.

Mais le diagnostic différentiel, le plus délicat à trancher, est celui de la kératite rosacée progressive avec *l'ulcus rodens*.

En effet, la progression lente, les bords infiltrés soulevés sous forme de remblai et décollés, les limites bien tranchées, le peu de tendance à la perforation et la participation relativement médiocre de l'iris justifient suffisamment le fait d'admettre des rapports entre l'ulcus rodens et la kératite progressive.

Friebeinstein est d'ailleurs d'avis que la plupart des « *ulcus rodens* » ne sont autres que des kératites rosacées mal diagnostiquées, soit que l'on ne considère pas l'affection cutanée, soit que l'on n'y pense pas.

Le seul caractère de valeur qui puisse trancher la question, c'est la constatation que le bord progressif de l'ulcère de la kératite rosacée progressive se soulève un peu au-dessus de la surface de la cornée. Bailly et Blutel accordent une valeur diagnostique à la bilatéralité des lésions oculaires de la rosacée, le début se faisant par un seul œil et le deuxième étant pris peu après. Ce point aurait, d'après ces auteurs,

son importance pour le diagnostic avec l'ulcère rongéant qui est, lui, le plus souvent, unilatéral. Nous ne croyons pas que l'on puisse se baser sur cette remarque. En effet, en considérant la statistique de Triebenstein, on constate que, sur ses 274 malades, 99 seulement étaient atteints aux deux yeux, alors que les 175 autres présentaient des lésions unilatérales.

CHAPITRE III

PRONOSTIC

TRAITEMENT

PRONOSTIC

La rosacée de la paupière, de la conjonctive, du tissu épiscléral, est d'un pronostic favorable.

Par contre, celui de l'atteinte cornéenne est plus sombre. En effet, quand on pose le diagnostic de kératite marginale ou d'infiltrat sub-épithélial, il est difficile de préciser quelle en sera l'évolution et d'établir avec assurance s'il n'y aura pas un acheminement vers la kératite progressive ou vers de multiples récurrences.

Nous avons déjà signalé que la rosacée de la cornée pouvait aboutir à une gêne de la fonction visuelle. Nous avons signalé également, comme séquelle de l'infiltrat sub-épithélial, la présence d'un triangle opaque pointé sur le centre de la cornée; il faut aussi savoir que la cicatrisation consécutive aux ulcères peut conduire à un amincissement localisé du tissu cornéen avec formation de facettes dont la présence a été notée par Cruise, Holloway, Baillart et Blutel.

Ces atteintes cornéennes peuvent être particulièrement gênantes, entraînant une diminution considérable de la vision. C'est ainsi que Darier rapporte le cas d'une malade que la kératite a rendu presque aveugle et que Capauner signale le même fait chez deux de ses patients.

Souvent même, on trouve comme séquelle, de l'astigmatisme et la dispersion des faisceaux lumineux qui pénètrent en bordure des zones opaques.

Quant à la perforation de la cornée, c'est une éventualité très rare, mais Kuntz et Wicherkiewicz en ont rapporté des observations.

TRAITEMENT

Il est reconnu que la thérapeutique n'est efficace sur la lésion oculaire qu'en tant que l'on traite l'éruption cutanée.

Pour ce, il importe d'abord d'agir sur l'état général, en s'adressant directement à la cause.

Suivant l'avis de Darier, il faut tarir la source des toxines provenant des troubles digestifs, intestinaux ou utérins et, à cette fin, établir un régime et une opothérapie orientée convenablement pour suppléer aux déficiences endocriniennes de l'organisme.

Il a également été établi par Ryle et par Barber que de nombreux malades atteints de rosacée présentaient une hypochlorhydrie, voire même une achlorhydrie gastrique. Eastwood a signalé l'effet bienfaisant de l'administration d'acide chlorhydrique à ces malades.

En même temps que ce traitement général, un traitement direct des lésions cutanées est indispensable.

Darier recommande, à ce sujet, le massage du visage, chaque soir, avant le coucher, avec la pommade suivante :

Turbith minéral finement porphyrisé.. 4

Axonge benzoïnée 30

De son côté, Gaucher propose d'étendre, le soir, sur le visage, la lotion avec :

Soufre précipité et lavé.....	2
Talc porphyrisé	60
Glycérine	120
Teinture de quillaya.....	10

L'enlever le lendemain matin à l'eau chaude et au savon.

Quant au traitement de l'affection oculaire, nombreux sont les procédés qui ont été proposés.

Nous les citerons pour mémoire.

On a proposé de traiter la conjonctivite par des bains d'eau boriquée suivis d'une application de calomel en poudre. Pour la kératite, il a été fait usage d'atropine et de dionine; puis Darier, Holloway, Verhoeff ont employé l'holocaïne. Verhoeff explique l'action bienfaisante de l'holocaïne par son pouvoir paralysant sur les terminaisons nerveuses qu'il rend responsables de propager l'affection à partir du ganglion de Gasser, lequel serait primitivement atteint.

Shirmer recommande l'injection sous-conjonctivale d'une solution saline et Duke-Elder les applications locales de rayons ultra-violets. Von Szilly, de son côté, proclame le succès du traitement par les Rayons X, ainsi que celui de l'excision et de la cauterisation des récents foyers conjonctivaux.

Baillart et Blutel sont partisans de l'iridectomie lorsqu'il reste du tissu cornéen sain. Verhoeff, partisan de la pathogénie nerveuse, vante le résultat de la neurotomie péri-cornéenne. Quant à Piriès, il enlève une partie de la conjonctive et comble la brèche par une greffe faite avec un morceau de muqueuse labiale.

Mais c'est encore à Triebenstein que nous devons les procédés thérapeutiques les plus satisfaisants :

— Massage avec la pommade à l'ichtyo-zinc;

— Curette;

— De temps à autre, instillation de quelques gouttes d'un mydriatique.

Indications : En cas de blépharite ou de conjonctive nodulaire ou tarsienne, faire tous les deux jours un massage soigné avec la pommade suivante :

Ichtyol. 0,15

Oxyde de zinc. 5

Vaseline. q. s. p. 15

Les nodules s'amenuisent et disparaissent et les télangiectasies se résorbent plus ou moins complètement.

Certains sujets ne supportent pas bien cette pommade. Ils éprouvent une sensation de brûlure avec larmoiement et spasme des paupières. Dans ce cas il est indiqué d'instiller un mydriatique et d'appliquer sur l'œil malade des compresses chaudes. Dès que les symptômes disparaissent on reprend le traitement.

En cas d'infiltration ou s'il y a apparition d'un foyer nécrotique, l'emploi de la curette est recommandé.

Les parcelles de tissu nécrosé s'enlèvent facilement. Il n'est pas nécessaire de gratter avec force ; il suffit d'enlever seulement ce qui s'arrache aisément, car ce qui reste de l'infiltration après curettage disparaît généralement par l'application de la pommade.

Il ne faut pas retarder l'emploi de la curette, car ce n'est que lorsque le tissu nécrotique est enlevé que l'épithélialisation commence. Enfin, la curette est préférable au thermocautère qui a l'inconvénient de détruire trop de tissu sain et de laisser une cicatrice trop épaisse.

CONCLUSIONS

L'acné rosacée du visage s'accompagne fréquemment de manifestations oculaires.

Parmi celles-ci, quelques-unes ne lui appartiennent pas en propre et relèvent parfois, au même titre que la rosacée elle-même, d'un état inflammatoire chronique avec congestion passive et poussées évolutives intercurrentes, se manifestant sur la peau, la muqueuse nasale et la conjonctive par des troubles vaso-moteurs.

Il en est peut-être ainsi pour l'hyperémie conjonctivale, l'inflammation des glandes de Henle et des glandes de Meibomius qui se rencontrent si fréquemment chez les sujets atteints d'affection rosacée du visage.

D'autres, au contraire, semblent bien appartenir à la rosacée.

Ce sont :

La conjonctivite nodulaire juxta-limbique dont les manifestations cliniques sont caractéristiques et dont les reliquats eux-mêmes permettent un diagnostic rétrospectif;

L'affection ulcéreuse marginale de la cornée;

Les infiltrats sous-épithéliaux de la cornée;

La kératite rosacée progressive;

L'épisclérite rosacée, manifestation rare.

Des manifestations d'*irido-cyclite aiguë* accompagnent assez souvent les lésions cornéennes de la rosacée.

Il existe peut-être aussi une *iritis rosacée primitive*.

Ces diverses manifestations de la rosacée sont caractérisées par leur aspect morphologique, par leur évolution et surtout leur tendance à la récurrence; trop souvent méconnues ou rapportées à d'autres causes, elles méritent d'être mieux connues.

Vu : *Le Doyen*,

JEAN LEPINE.

Le Président de la Thèse,

BONNET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMANTIADÈS. — Complications oculaires de l'acné rosacée. *Annales d'Oculistique*, 1933, p. 760.
- ARLT. — Uber Acne Rosacea und Lupus *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1864, p. 329.
- ARPS. — Uber Rosacea keratitis und conjunctivitis. *Inaug. Dissert*, Kiel 1914.
- AXENFELD. — *Uhrbuch der Augenheilkund*, Iena, p. 431.
- AXMANN. — Konjunctivitis und Rosacea. *Munch. Med. Woch.*, 1911, p. 2794.
- BAILLART et BLUTEL. — Lésions cornéennes dans l'acné rosacée de la face. *Archives d'Ophtalmologie*, 1913, p. 507.
- BLANCHE. — Zur Kasinstik des Augenerkrankungen bei Acne Rosacea. *Inaug. Dissert.*, Giessen, 1906.
- BLATT. — *Klinische. Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1928, 80, p. 624.
- BROCQ. — Atlas de dermatologie.
- BROWN. — *British. Journal of Dermatology*, 1925, p. 213.
- BUTLER. — *Illustrated Guide to Slit Lamp*, 1927.
- CAPAUNER. — Uber Rosacea Corneæ. *Zeitschrift für Augenheilkunde*, 1903, p. 126.
- CARALT. — Acne rosacea y queratitis. *Arch. de O. Hisp.*, 1912, p. 169.
- CRUISSE. — A case of rosacea associated with keratitis. *Opht. Review*, 1907.
- DARIER. — Acné rosacée de la cornée. *La Clinique Ophtalmologique*, 1912, p. 2.
- DOGGART. — Congrès annuel de la Société d'Ophtalmologie du Royaume-Uni, 1930.

- The ocular complications of acne rosacea. *British Journal Ophtalmology*, 1931, p. 446.
- Affections of the eye with relation to skin diseases. *British Medical Journal*, octobre 1937, p. 792.
- DOWLING. — Dermatological aspect of affections of eye *British medical Journal*, octobre 1937, p. 794.
- DUKE-ELDER. — *British Medical Journal*, 1926, p. 894.
- *British Journal of Ophtalmology*, 1928, p. 362.
- EASTWOOD. — *British Journal of Dermatology*, 1928, pp. 91 et 148.
- ELSCHNIG. — *Klinische Monat. für Augenheilkunde*, 1912, p. 598.
- ERDMANN. — Über die Beziehungen Zwischen der Rosacea und der äusseren Augenerkrankungen. *Arch. f. Augenh.*, 1910, p. 251.
- ESSER. — Rosazea Keratitis bei fehlender oder Geringer Haut rosazee. *Klin. Monat.*, 1931, p. 835.
- FUCHS. — *Text-Book of Ophtalmology*, 1892, p. 97 et 484.
- GOLDSMITH. — A case of Acne Rosacea Corneæ. *The Ophtalmoscope*, 1907, p. 20.
- GREEVES. — *Trans. Ophtalm. Soc.*, vol. L, 1930.
- GRINTSCHAR. — *Urol. and Cut. Rev.*, vol. 38, 1928.
- HAAB. — *Äussere Augenerkrankungen*. München, 1899.
- HILBERT. — Über Augenerkränkungen bei Acne Rosacea. *Munch. med. Woch.*, 1911, p. 1501.
- HOLLOWAY. — The ocular manifestations associated with Acne Rosacea with Report of a case of so-called Rosacea keratitis. *Arch. of ophtal.*, 1910, p. 321.
- HUDELO. — *Journal de médecine et de chirurgie*, 1924.
- IMRE. — *Klin. Monatsbl. für Augenh.*, 1924, p. 499.
- JAESCHE. — *Klinisches und Statistisches über die Rosaceaerkrankungen des Auges*, Rostock, 1924.
- JUNIUS. — Beobachtungen und Gedanken über das ulcus corneæ. *Zeitschr. für Augenheilk.*, 1920, p. 480.

- KISSEMEYER. — Sur la kératite et autres manifestations oculaires de la couperose. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1934.
- KLEIN. — Lehrbuch der Augenheilkunde, 1879, p. 717.
- KNIES. — Grundriss der Augenheilkunde, 1888, pp. 74-154.
- KUNTZ. — Uber Keratitis superficialis als Folgekrankheit von Acne Rosacea. *Inaug. Dissert.*, Greifswald, 1905.
- LACARRÈRE. — *Arch. de Ophtalm.*, vol. 22, 1922, p. 121.
- LIEBRECHT. — Ulcus corneæ rodens. *Klin. Monatsbl. für Aug.*, 1913, p. 760.
- LINDNER. — Ulcus corneæ rodens und Roacedkeratitis. *Inaug. Dissert.*, Rostock, 1913.
- LITTLE-GRAHAM. — Rosaced associated with phlyctenular conjunctivitis. *Brit. Journ. Dermatology*, 1908, p. 265.
- LOW. — L'association de lésions oculaires avec la rosacée. *Brit. Journ. of Dermatology*, 1922, p. 275.
- LOWENSTEIN. — *Derm. Wochenschr.*, 1924, vol. 79, p. 1089.
- MICHEL. — Lehrbuch der Augenheilkunde, 1884, p. 168.
- MONTESANO. — L'acné rosacée et ses troubles oculaires. *Gazetta internazionale di medicind e chirurgica*, 1937, p. 369.
- MONJUKOW. — Rosacea und Augenerkrankungen. *Russki ophta. Journ.*, Bd 1, Nr 3, 1922.
- MOOREN. — *Ophtalmologische Mitteilungen*, Berlin, 1874.
- OLAH. — Iritis Rosaced. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1933, p. 61 ; 1938, p. 714.
- PANDELESCO et VOLDMANN. — La kératite rosacée. *Archives d'Ophtalmologie*, tome 2, n° 12, décembre 1938
- PETERS. — Rosaced keratitis und Ulcus rodens. *Klin. Monat. f. Augenh.*, 1912, p. 490.

- PIRIÈS. — Traitement opératoire des lésions de la cornée produites par l'acné rosacée. *Annales d'Ophtalmologie*, 1928, p. 308.
- RULISON. — *American Journal of the Medical Sciences*, 1927, p. 60.
- RYLE et BARBER. — *Lancet*, vol. II, 1920, p. 1195.
- SCHAMBERG. — Acne rosaced associated with keratitis. *Journ. Cut. Dis.*, 1913, p. 504.
- SCHIECK. — Die Rosazeaerkrankungen des Auges. *Kurzes Handbuch der Ophtalmologie*, p. 146.
- SCHIRMER. — Uber keratitis ex Acne Rosacea. *Teitschr. für Aug.*, 1906, p. 501.
- SEQUEIRA. — *Diseases of the skin*, 1927, p. 420.
- SOENS. — Acné de l'Iris. *Medizinische Klinik*, 1936, p. 865
- STEPHENSON. — A case of acné rosacea of the cornea. *Ophtal. Review*, 1906, p. 248.
- TRIEBENSTEIN. — Die Rosazeaerkrankungen des Auges. *Klin. Monatsblätter f. Augenheilk*, 1922, p. 2.
- UNNA. — Hautkrankheiten In Orth. Pathol. Anatomie. Berlin, 1894, p. 236.
- Rosaced saborrhœies *Munch. med. Woch*, 1921, p. 701.
- VERDAGUER. — Algunas consideraciones sobre el acné rosacea ocular. *Arch. de oftal. Hispano-ametic*, 1930, p. 409.
- VERHOEFF. — Rosazea keratitis and certain other forms. *Archiv. f. Aug.*, 1917, p. 159.
- SZILLY (von). — Zur Klinik und Pathologischen Anatomie der Rosacea des Auges. *Klinische Monatsblätter*, 1932, p. 823.
- VOSSIUS. — Grundriss der Augenheilkunde, 1881, p. 100.
- WEIDLER. — Keratitis ex Acne Rosacea. *Med. Record*, 1911, p. 5.
- WICHERKIEWICZ. — Acne rosacea und einige wörter über gleichartige Erkrankungen u. s. w. *Posted Oki-list*, 1905, p. 273.

